



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학박사 학위논문

병원 간호사의 조직침묵의 구성과 맥락

2017년 8월

서울대학교 대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
이 경 희

병원 간호사의 조직침묵의 구성과 맥락

지도교수 유명순

이 논문을 보건학 박사학위 논문으로 제출함

2017년 4월

서울대학교 대학원

보건학과 보건정책관리학 전공

이 경 희

이경희의 박사학위 논문을 인준함

2017년 6월

위원장	조 병 희 (인)
부위원장	김 창 엽 (인)
위원	성 영 희 (인)
위원	김 정 은 (인)
위원	유 명 순 (인)

국 문 초 록

보건의료 소비자의 의료 이용의 양적 증가뿐만 아니라 의료 서비스 질에 대한 기대와 요구의 증가는 병원 조직의 환경 변화를 이끌고 있다. 다양한 의료 소비자의 요구를 반영하기 위해 추구하고 있는 병원의 다양한 조직변화와 혁신 활동이 성공하기 위해서는 내부 조직 구성원의 긴밀한 협조와 적극적인 참여가 매우 중요하며 일선에 있는 구성원들의 신속한 정보 전달과 공유를 통한 의사결정이 필수적이라 하겠다. 그러나 현재 조직의 일선에 있는 구성원들은 그들의 생각이나 의견을 솔직하게 드러내기 보다는 오히려 침묵하려는 경향이 더 보편적이다. 이를 조직침묵의 개념으로 설명해보자면, 구성원 개인의 특성 외에도 조직적인 특성이 이들로 하여금 자신의 업무에 관하여 침묵하도록 만드는 것으로 볼 수 있다.

최근 조직침묵에 관한 개념적, 실증적 연구가 활발히 이루어지고 있으나 아직까지는 이론적 개념화 연구에 치중해 있어 이를 실증적으로 뒷받침할만한 도구의 개발이나 실증 연구가 부족한 실정이다. 더군다나 보건의료조직에서의 최근 의료의 질 관리에 대한 관심이 높아지고 있는 시점에서 보건의료 조직 구성원의 이에 대한 침묵은 곧 환자의 안전에까지 위협이 될 수 있음을 볼 때 조직침묵 연구는 매우 중요하게 다루어져야 할 연구 주제가 아닐 수 없다. 그럼에도 불구하고 아직까지 병원 등 보건의료조직 구성원들의 조직침묵에 관한 연구는 제대로 이루어지지 못하고 있다. 따라서 본 연구는 병원 의료인력 중 가장 많은 비중을 차지하고 있는 간호사 성원을 대상으로 하여 병원 조직에서의 어떤 구조와 절차들이 이들 구성원으로 하여금 침묵 행위를 선택하게 하는지 즉, 병원 간호사의 조직침묵의 개념과 현상이 어떻게 구성되는지, 그리고 이를 구성하는 개념들 간 어떤 상호작용과 관계가 형성되어 있는지를 탐색해보고자 하였다.

본 연구는 질적 연구 방법에 근거하여 서울시 및 경기도, 강원도에 위치한 종합병원에 근무하고 일선에서 환자간호를 담당하는 간호사 17명을 대상으로 하여 심층 면담을 통해 자료를 수집하였고, 근거 이론적 방법론을 통해 자료를 분석하였다.

연구 결과, 병원 간호사의 조직침묵에 관한 핵심주제는 총 8개의 상위범주와 27개의 하위범주로 구성되었다. 이를 바탕으로 한 중심 주제는 “조직의 구성원으로서 인정받고 싶은 마음과 집단의 암묵적 분위기에 동조하고자 하는 의도에서 선택”하는 침묵과 “병원의 위계적 구조와 문화로부터 형성된 침묵 분위기와 원활하지 못한 의사소통 과정으로 인해 발생된 갈등 및 부당한 책임 상황에 대응하여 자신을 보호하기 위한 능동적 방어 전략”으로서의 침묵, 마지막으로 “관계와 소통의 어려움 속에서 말해봐야 소용없는 현실의 한계를 느끼고 조직에 대한 실망과 냉소로 인해 선택할 수밖에 없는 체념적 선택”의 과정이 중첩되면서 공존하여 나타나는 것으로 분석되었다. 또한 이러한 침묵의 인식과 행위는 간호사가 병원 조직에서 조직 사회화를 거치는 과정에서 친사회적, 방어적, 체념적 침묵을 경험하는 과정으로 확대되고 중첩되어 나타나는 것으로 확인되었다. 본 연구 결과를 바탕으로 병원 간호사의 조직침묵을 구성하는 핵심개념들과 이들 사이의 관계를 심층적으로 이해함으로써 의료의 질 관리, 특히 환자 안전이라는 측면에서 병원 간호사의 조직침묵이 가져올 잠재적인 부정적 영향을 고려해볼 때, 이들의 조직침묵을 줄일 수 있는 구조적, 문화적, 인적 자원을 개선하고 지원하려는 노력이 필요할 것이다.

주요어: 조직침묵, 구성과 맥락, 근거 이론적 접근, 병원 간호사

학번: 2004-30780

목 차

I. 연구의 배경 및 필요성	1
II. 선행연구 고찰	5
1. 조직침묵 연구	5
1) 조직침묵 연구의 초기 개념화	6
2) 조직침묵 연구의 확대와 발전	11
3) 소결	13
2. 조직침묵의 이론적 개념화를 위한 구성물	14
1) 침묵의 내용	14
2) 침묵의 동기	18
3) 침묵의 대상	22
4) 조직침묵의 선행요인	23
5) 조직침묵의 결과	27
6) 조직침묵의 수준과 전염	28
3. 조직침묵과 관련된 개념들	29
1) 조직 문화와 조직침묵	29
2) 조직충성도와 조직침묵	31
3) 조직 내 권력관계와 조직침묵	33
4. 조직침묵 개념화 연구의 의미와 성과	34
1) 조직침묵의 속성	35
2) 조직침묵의 이론적 확립을 위해 남은 과제들	38
5. 병원조직에서의 조직침묵	40
1) 병원조직의 구조적·환경적 특성	40
2) 병원의 조직 문화	42
3) 병원조직에서의 조직침묵의 의미	46
4) 병원 간호사의 조직침묵의 의미	48
6. 병원 간호사의 조직침묵을 어떻게 정의할 것인가	49
7. 고찰 결론 및 본 연구의 의의	50

III. 연구 방법	52
1. 연구 설계	52
2. 연구 문제	52
3. 연구방법: 근거 이론적 접근	52
4. 연구대상 선정 및 자료 수집	53
1) 연구 대상자 선정	53
2) 연구 참여자의 특성	54
3) 자료 수집 방법	56
5. 자료 분석	59
1) 자료의 코딩	60
2) 코딩의 범주화	60
3) 선택코딩과 패러다임 모형	61
4) 과정보분석	62
6. 연구의 엄격성과 연구 윤리	63
1) 연구의 엄격성	63
2) 연구 윤리	64
IV. 연구 결과	66
1. 병원 간호사의 조직침묵 경험과 인식	66
2. 병원 간호사의 조직침묵의 구성	67
1) 침묵의 내용	67
2) 침묵의 동기	76
3) 침묵의 대상	79
3. 병원 간호사의 조직침묵의 맥락	81
1) 말보다는 일로 인정받고 싶은 마음	82
2) 말 꺼내기 힘든 분위기를 익힘	91
3) 말해봐야 달라지지 않는 현실	103
4) 판단하기 어려운 복잡한 상황	109
5) 쉽게 맞서지 못하는 갈등상황	117
6) 피하고 싶은 부당한 책임	127
7) 나를 지지해주지 못하는 리더	139

8) 의미도 없고 통로도 없는 소통	148
4. 병원 간호사의 조직침묵 모형	157
1) 조직침묵의 중심주제	157
2) 조직침묵의 패러다임 모형	158
3) 과정 분석	162
V. 결론 및 논의	163
1. 병원 간호사 조직침묵의 구성	163
2. 병원 간호사 조직침묵의 맥락	164
3. 연구의 한계 및 향후 과제	168
참고문헌	170
부록	177
Abstract	181

<표 차례>

[표 1] 터키의 병원 간호사들이 침묵하는 내용	17
[표 2] 조직침묵의 선행요인에 관한 실증연구emf	24
[표 3] 심층 면접의 연구 참여자 기본 정보	55
[표 4] 심층면접 시 질문의 구성	57
[표 5] 패러다임 모형	62
[표 6] 병원 간호사들의 침묵하는 내용	68
[표 7] 병원 간호사의 조직침묵 행위의 구성범주	81
[표 8] ‘말보다는 일로 인정받고 싶은 마음’범주의 하위범주와 핵심개념 ·	82
[표 9] ‘말을 꺼내기 힘든 분위기를 익힘’ 범주의 하위범주와 핵심개념 ·	92
[표 10] ‘말해봐야 달라지지 않는 현실’범주의 하위범주와 핵심개념들 ·	103
[표 11] ‘판단하기 어려운 복잡한 상황’의 하위범주와 핵심개념	110
[표 12] ‘쉽게 맞서지 못하는 갈등 상황’범주의 하위범주와 핵심개념 ···	117
[표 13] ‘피하고 싶은 부당한 책임들’범주의 하위범주와 핵심개념	128
[표 14] ‘나를 지지해주지 못하는 리더’범주의 하위범주와 핵심개념 ·····	140
[표 15] ‘의미도 없고 통로도 없는 소통’범주의 하위범주와 핵심개념 ···	148

<그림 차례>

[그림 1] 침묵의 유형별 병원 간호사의 조직침묵 구성	158
[그림 2] 병원 간호사의 조직침묵의 패러다임 모형	159
[그림 3] 병원간호사의 조직침묵의 과정 분석	162

I. 연구의 배경 및 필요성

우리나라 병원들은 빠르게 변화하는 환경 속에 놓여 있다. 보건의료 소비자의 의료 이용이 양적으로 증가하였을 뿐만 아니라 다양한 의료 서비스를 소비함으로써 양질의 의료 서비스에 대한 요구와 기대 역시 높아지고 있다. 이러한 요구와 기대는 병원들로 하여금 그 동안 추구하였던 병상 수 증가, 서비스 다각화 등 외연의 확장이나 의료 기기와 기술의 도입이라는 고급화를 통한 차별화 전략을 넘어서 고도의 혁신을 요구하고 있다. 현재 병원이 추구하고 있는 혁신 활동은 근본적으로 기존의 전문 의료인이 주도하는 “질병 중심 치료”를 벗어나 의료 소비자인 “환자 중심의 의료”를 추구하는 방향으로 나아가고 있다. 같은 맥락에서 최근에는 의료 소비자의 요구에 맞추어 간호간병통합서비스 등 의료 소비자의 요구에 부응하려는 새로운 제도의 도입을 적극 받아들이고 있다.

이러한 요구에 부응하기 위해서, 병원의 인적 자원 관리(HRM)는 매우 중요한 요소이다. 의료 서비스 결과물로서의 환자의 건강과 서비스 만족은 특히 의사, 간호사, 의료기사 등 전문 의료인력 간 상호 유기적인 의사소통과 긴밀한 협업을 통해서만 실현가능한 것이기 때문에 이러한 협력적 상호작용을 증대시키기 위한 효율적인 인적 자원관리 방안의 마련은 매우 중요한 과제이기도 하다. 특히 간호사 집단은 병원에서 수적으로 가장 많은 비중을 차지하고 있고 서비스 대상자인 환자와 24시간 대면 서비스를 제공하고 있어 이들 직종에 대한 관리는 병원 경영의 중요한 과제이기도 하다. 그러나 현재의 병원 관리 시스템 하에서 간호사들의 직무 만족도는 그리 높지 않은 것으로 나타나고 이직률도 매우 높아 결국 심각한 인력난을 초래하고 있다(이태화 등,

2014).

병원이 추구하는 양질의 의료 및 간호 서비스의 제공이라는 요구에 부응하고 여러 경영 전략을 성공으로 이끌기 위해서는 일선에서 환자 치료와 서비스를 담당하고 있는 의사와 간호사 등 여러 의료 인력들 간 정확한 정보 교류와 효율적인 의사소통은 필수 불가결한 요소이다(정병을 등, 2006). 또한 핵심적인 가치인 '환자 안전'과 관련된 문제에 대해서 조직 구성원들 간 자유롭고 개방적으로 소통하는 조직 문화가 전제되어야 있어야 한다(Manojlovich & Antonakos, 2008; 김정은 등, 2007). 그러나 현실적으로 긴밀한 협력과 협업이 요구되는 병원에서 핵심 인력들 간 의사소통은 원활이 이루어지지 못한 것이 사실이다(이정우 등, 2014; 조용애 등, 2013; 김용순 등, 2006). 또한 병원 경영진들이 환자 안전을 위해 의료 과오를 줄이고 보다 나은 의료 서비스의 질을 추구하기 위해 환자와 대면하고 있는 일선에 있는 구성원들의 목소리에 귀를 기울이고 있는지, 또 이들은 자신들의 업무에 관해 솔직한 정보와 의견을 내놓고 있는지에 대해서는 보다 심도있게 살펴보고 이와 관련된 다양한 현상과 문제에 관심을 가져야 할 것이다. 이와 같은 맥락에서, 최근 조직심리학과 조직 행동론 등에서 새로운 연구 분야로 제시된 조직침묵의 개념을 병원 조직에 적용해 보는 것은 큰 의미가 있다고 할 수 있겠다.

이제까지 조직에서 구성원들의 침묵 행위에 대해서는 그다지 주목을 받지 못했다. 실제 구성원들은 자신의 조직에 대한 문제나 의견을 자유롭게 말하려 하기 보다는 오히려 침묵하려는 경향이 더 보편적이라는 믿음이 있었기 때문이다(Milliken & Morrison, 2003). 그러나 최근 몇몇 조직의 사례들을 보면, 조직 내부의 심각한 문제나 매우 중요한 정보에 대해서 조직구성원이 침묵하거나 이를 발언하기 꺼려함으로써 결과적으로 조직에 더 큰 부정적인 결과를

초래하였음을 볼 수 있었다.¹⁾ 결국 조직의 일선에 있는 구성원들이 자신이 맡고 있는 업무에 관한 정보나 의견을 솔직하게 말할 수 있는 요소들은 근본적으로 조직의 성공과 생존과도 연결되는 매우 중요한 요소가 되어(Vakola & Bouradas, 2005), 구성원의 침묵은 더 이상 간과되어서는 안 될 조직 관리의 중요한 변수임을 확인할 수 있다.

최근 우리나라 공공병원 및 민간병원 각각 한 곳씩을 대상으로 한 설문조사 연구에서, 병원 혁신을 포함하여 조직운영 전반에 관한 의사직 및 간호직 등 전문 의료 인력들이 인식하는 조직 침묵 수준에 주목해야 함을 권고하였다(유명순 등, 2014).²⁾ 이들의 조직 침묵은, 병원이 변화를 추구하고자 하는 노력을 위한 몰입을 방해하고 더 나아가 변화에 대한 저항을 키울 수 있다. 또한 간호 단위에서의 침묵은 간호사 개개인의 업무 스트레스뿐만 아니라 간호 서비스가 전달되는 여러 단위에서의 의사소통 장애나 갈등의 요소가 존재함을 반증하는 것이므로(유명순, 2009), 이들의 조직 침묵이 가져올 결과는 결국 양질의 서비스의 제공과 환자만족이라는 조직성과에 부정적인 영향을 미칠 것임을 쉽게 연결지을 수 있다(Henriksen & Dayton, 2006).

병원 간 경쟁이 심화되고, 의료서비스 질에 대한 소비자의 기대 수준이 점점 높아지고 있는 보건의료 환경 속에서, 변화된 병원 서비스에 대한 환자들의 반응을 잘 파악할 수 있는 일선 간호사들과의 의사소통은 조직 관리 차원에서 매우 중요하게 고려되어야 하고, 이들의 조직적 침묵 현상이 가져올 실

1) 일례로, 2001년 파산한 미국의 한 에너지회사인 Enron의 구성원들은 회사의 심각한 경영난을 미리 인지하고 있었음에도 불구하고 이를 어느 누구도 미리 경영자에게 솔직하게 말하지 않아 결국 파산에 이르게 되었다고 보도된 바 있다.

2) 서울 및 수도권 내 위치한 비슷한 병상 규모의 공공병원과 민간병원 각각 한 곳씩을 대상으로 한 설문조사에서, 의사들의 침묵 수준은 7점 척도에서 각각 3.72점, 3.62점으로 간호사들은 각각 3.3점, 3.36점으로 조사되었다.

질적이거나 잠재적인 조직 결과에 주목해야 할 필요가 있다. 그러나 아직까지는 병원 조직에서의 침묵에 관한 연구는 그리 많이 시도되지 않았고 특히 이러한 침묵을 구체적으로 설명할 수 있는 요인들과 이들 요인들을 둘러싼 맥락(context)에 관한 연구는 전혀 이루어지지 못하였다.

따라서 본 연구는 병원에서 나타나는 조직침묵의 현상과 경험을 병원 간호사를 대상으로 탐색하여 병원 조직에서의 어떤 구조와 절차들이 조직침묵으로 연결되는지 질적 연구를 통해 주요 핵심 개념들을 도출하고자 한다. 또한 이들 개념 간 어떤 상호작용과 관계가 형성되는지 맥락들 간 관계를 파악하여 병원 조직에서의 침묵이 내포하고 있는 구조적, 문화적, 관리적 함의를 탐색하고자 한다.

II. 선행 연구 고찰

본 장에서는 조직 침묵과 관한 선행 연구들을 고찰하고자 한다. 우선 조직 침묵의 개념적 정의를 시작으로 하여 이론적 발전과 실증적 연구 성과를 짚어 보고 이를 통해 드러난 조직침묵의 속성을 정리하여 그 의의와 한계를 논의할 것이다. 다음으로 조직 침묵 개념을 보건의료조직 분야에 적용함에 있어 대표적인 보건의료 조직인 병원의 구조적, 문화적 특성을 파악하여 조직 침묵과의 연관성을 추론하고 특히 본 연구의 대상자인 병원 간호사를 중심으로 형성된 간호 문화가 이들의 조직침묵에 미칠 수 있는 잠재적 영향을 탐색해 보고자 한다. 마지막으로 소결을 통해 본 연구의 주요 의의를 제시하고자 한다.

1. 조직침묵 연구

조직생활을 하면서 어떤 결정을 내려야 하거나 특정 사안에 대해 구성원들로부터 의견을 수렴해야 할 경우 조직 구성원들이 이에 대해 별로 반응하지 않고 침묵하는 것은 어렵지 않게 접할 수 있는 현상이다. 여러 조직에서 구성원들이 인식한 조직의 여러 문제점들을 표출하지 않고 침묵함으로써 조직이 위기에 처해지거나 스스로 발전 기회를 놓치는 경우가 적지 않았다. 이를 2000 년도에 들어 Morrison과 Milliken은 이를 ‘조직침묵(organizational silence)’이라는 개념으로 명명하였다. 이전에도 심리학이나 커뮤니케이션 연구 분야 등에서 침묵을 주제로 다루기는 했으나 이들의 연구 이후 조직 내에서 구성원의 침묵이 독립된 개념으로 주목받고 연구되기 시작한 것은 이 때 부터라고 할 수 있다.

그 이전에는 조직 내에서의 발언(voice) 행위와 관련된 연구가 주되게 관심을 받았다. 일반적으로 경영학 등에서 조직 내에서 구성원들의 자발적인 발언은 기업 성과에 긍정적인 결과를 가져온다고 보았기 때문에(Cotton et al., 1988) 조직과 경영자는 내부 구성원의 목소리에 귀를 기울여야 하고 따라서 조직 차원에서 발언 매커니즘을 개발하거나 관리하는 것에 주된 관심을 가지고 있었다. 그러나 침묵은 발언에 비해 상대적으로 덜 주목을 받거나 오히려 조직 내 의사결정자로 하여금 지나친 발언으로 인한 정보 과부하 등의 문제를 해소하기 위해서는 어느 정도의 침묵은 긍정적으로 평가되고 오히려 조직에 대한 충성도로 받아들이는 경향이 있었다. 본격적으로 조직 내에서의 침묵이 연구의 주요 주제로 자리잡은 이후의 주요 연구 성과들을 정리하면 다음과 같다.

1) 조직침묵 연구의 초기 개념화

조직침묵의 이론적 발전을 위해서는 우선 초기의 개념화 연구들에 주목할 필요가 있다. 앞서 언급하였듯, 조직에서의 침묵에 관한 연구는 조직의 사안에 대한 구성원의 발언 행위에서 비롯된 것이었다. 대표적인 예로, 내부 고발(whistle blowing), 이슈 셀링(issue selling), 옹호하기(championing), 반대하기(dissent), 그리고 흔들기(boat-rocking) 등과 같은 발언 행위들은 조직의 의사결정자에게 조직의 문제점이나 새로운 아이디어, 윤리적 문제 등과 같은 중요한 정보를 제공할 수 있는 기회가 될 수 있다. 반면 침묵 행위는 이와 같은 언행이 드러나지 않는 행동으로서, 상대적으로 인지하기 쉬운 발언보다 모호한 개념으로 평가되었다(Van Dyne et al., 2003). 그러나 침묵은 그 속성상 의도 또는 동기가 무엇인가에 따라서 다양한 차원으로 구분될 수 있는 특징을 가지고 있다는 점에서 단순히 ‘발언의 부재(absence of voice)’로

만 해석되기 어려운 측면이 있다(Van Dyne et al, 2003; Brinsfield et al, 2009). 조직 내 침묵에 관한 초기의 주요한 연구 흐름을 정리해보면 다음과 같다.

① 조직침묵(Organizational Silence)

Morrison & Milliken(2000)은, “조직침묵이란 종업원들이 그들의 업무와 관련한 문제 또는 사안(issues) 등에 대해서 정보, 의견, 염려 등을 말하지 않는 것이 집단적 수준에서 광범위하게 퍼져있는 현상(p.707)”이라고 정의하였다. 이들은 왜 종업원들이 집단적으로 발언을 선택하지 않았는지 보다는 왜 이들이 의도적으로 침묵하기로 결정했는지를 설명하고자 함으로써, 독립적인 연구 영역으로서 조직 내에서의 침묵 현상에 주목하고자 하였다.

이들은 조직침묵의 정의에서 개인의 침묵 행위에 영향을 미치는 개인적인 차원에서의 요인들보다 집단적, 그리고 조직적인 차원의 맥락적인 요인들을 강조하였다. 특히 ‘침묵 분위기(Climat of silence)’는 조직 침묵 현상이 형성되는데 매우 결정적인 역할을 하는 것으로 보았다. 조직 또는 집단 내에서 침묵 분위기를 특징짓는 두 가지 공유된 신념은 바로 ‘조직의 문제를 이야기하는 것은 아무런 가치가 없으며’, ‘이러한 문제를 이야기하는 사람의 견해와 신념은 위험한 것으로 받아들여진다’는 것이다(Morrison & Milliken, 2000).

또한 침묵 분위기는 구성원으로 하여금 침묵을 선택하도록 만드는 중요한 선행요인임을 강조하였다. 일반적으로 조직 문화(organizational culture)와 조직 분위기(organizational climate)는 같은 개념으로 설명되기도 하지만, 이들은 문화와 분위기를 구분하여 침묵과의 관계를 제시하였다. 개념적으로 분

위기란 조직이 처한 환경과 상황에 대해 구성원이 인식하는 정도를 의미하는 주관적 관점에 초점을 둔 것으로(Rousseau, 1988), 구성원의 개인적 특성과 함께 조직 내에서 구성원의 위치에 따라 다르게 영향을 받는다. 이에 반해 조직 문화는 조직 분위기의 상위 개념으로 집단이 공유하는 핵심적인 가치체계에서 유래되는 조직 구성원의 의식구조, 사고방식, 가치관 등을 반영하는 것이다.

이들의 정의에서 주목할 만한 것은 조직 내에서의 구성원들의 침묵을 구성원 개인의 단순한 선택이 아닌 많은 조직적 특성들에 의해서 영향을 받는 “사회적으로 구성되는 현상”(Morrison & Milliken, 2000)으로 규정하였다는 것이다. 이는 침묵 행위가 개인적인 특성 이외의 요인들에 의해서도 영향을 받는다는 점을 상대적으로 강조한 것이다. 의사결정 과정, 경영 및 관리 절차, 또는 조직 문화와 같은 조직적 특성들은 조직 구성원으로 하여금 그것을 어떻게 인식하는지에 따라서 그들의 침묵 행위를 규정하게 된다. 그러나 조직침묵에 관한 초기의 정의는 침묵의 내용에 관해서 광범위한 규정을 하고 있어 구체적이지 못하고 다양한 해석의 여지를 남겨놓고 있다(Brinsfield et al., 2009).

② 종업원 침묵(Employee Silence)

비슷한 시기에, Pinder & Harlos(2001)는 “종업원 침묵이란, 종업원이 그가 속한 조직이 처해 있는 상황에 관한 자신의 행동적, 인지적, 감정적 평가에 대해서, 그 상황을 변화시킬 수 있는 사람에게 어떤 형태가 되었든 진심을 담은 표현을 하지 않는 것을 의미(p. 334)”한다고 정의하였다. 이들은 침묵도 하나의 의사소통 행위로서 광범위한 감정, 생각, 행위 등을 포함하고 있으며 특히 불공정한 상황 하에서의 침묵은 개인적이고 상황적인 요인들에 대한 반

응으로 움직이고 변화하는 역동적인 과정으로 보았다.

이들은 조직 구성원이 조직에서의 고용 관계에서 느끼는 ‘불공정성에 대한 반응’으로서의 침묵 행위로 범위를 한정하였다. 즉 관계적(또는 상호작용적), 절차적, 분배적, 상황적 측면에서의 고용 관계에서 구성원이 경험하는 불공정함 또는 구성원들의 불만에 대해 조직이 대응하는 방식에 대해 조직 구성원이 인식 하는 정도에 따라서 침묵 행위의 여부가 결정된다. 그리고 동시에 이러한 침묵은 다양한 의사소통의 매체 또는 행위에 의해서 깨어질 수 있다고 보았다. Pinder & Harlos (2001)는 조직 내 침묵을 정의함에 있어서 ‘불공정성(injustice)’이라는 범위 제한(boundary constraint)을 두었기 때문에 결과적으로 다양한 상황에서의 적용에는 한계를 가질 수밖에 없다는 지적이 있었다 (Van Dyne et al., 2003).

③ 조직 내 침묵 행위에 대한 규정

조직 내 침묵에 관한 학술적 관심이 높아지면서 경영학 연구(Journal of Management Studies)는 2003년 9월 특별호를 마련하여 조직의 침묵에 대한 보다 깊은 이해를 도모하고자 하였다. 그 중 Van Dyne et al.(2003)은 앞서 불공정한 상황에 국한시켰던 Pinder & Harlos(2001)의 정의를 보다 일반적인 의미를 포괄할 수 있기 위해서는 종업원 침묵의 정의를 “자신이 속한 조직, 하고 있는 업무에 대한 자신의 생각, 질문, 우려, 정보 또는 의견에 대해서 의도적으로 표현하지 않고 자신의 내부에 간직하는 것(withholding) (p.1360)”으로 확대해야 한다고 보았다. 구체적으로 개인이 상대방과 직접적으로 의사소통하는 면대면의 상황에서, 현재 직면한 문제에 대한 실질적인 자신의 의견을 가지고 있으나 의도적으로 침묵행동을 선택하는 것으로 상황의

범위를 제한하는 것이 침묵 행동의 정확한 적용을 위해서 필요하다고 보았다.

같은 호에서 Milliken et al.(2003)은, 조직 구성원이 침묵하는 사안들은 무엇이 있는지를 면접조사를 통해서 구체적으로 밝히고자 하였다. 그 결과, 조직 구성원들은 성과와 관련된 문제에서부터 보수나 윤리적인 사안에 이르기까지 다양한 사안에 대해서 말하기가 꺼려진다고 대답하였는데, 이러한 침묵을 유발시키는 데에는 상사 및 동료로부터의 부정적인 평가와 반응에 대한 ‘두려움’이라는 동기(motives)가 주요한 역할을 하고 있다고 보고 이러한 사회적, 관계적 함의를 침묵의 모델에 포함시킬 것을 제안하였다.

침묵의 동기에 따라서 침묵의 유형을 구분하기도 하는데, Pinder & Harlos(2001)는 크게 체념적 침묵(acquiescence)과 방어적 침묵(defense)으로 구분하였다. 이후 Van Dyne et al.(2003)은 두 가지 침묵의 동기 이외에 친사회적 동기(pro-social motives) 역시 침묵을 발생시킬 수 있음을 제시하였다. 친사회적 침묵은 업무와 관련된 생각, 의견, 정보 등을 조직 내 타 구성원을 위해 또는 조직을 위해서 일부러 말하지 않는 것을 말하는데 이러한 친사회적 침묵은 이타주의(altruism) 또는 협력하고자 하는 동기(cooperative motives)에 기반하고 있다. 친사회적 침묵의 예로는 내부의 정보를 조직의 외부자에게 알리지 않는 것, 타인에 관한 사적인 정보를 부적절하게 주고받지 않는 것, 신용을 깨지 않는 것 등을 포함하고 있다.

④ 조직침묵의 인과 관계

Vakola & Bouradas(2005)는 침묵의 분위기는 세 가지 차원, 즉 ‘상사의 침묵에 대한 태도’, ‘최고 경영진의 침묵에 대한 태도’, 그리고 ‘의사소통의 기

회’ 등으로 구성되고 있으며 이러한 침묵의 분위기가 구성원의 침묵 행위와 조직 몰입, 직무 만족에 영향을 미치고 있다는 것을 실증적으로 밝히기도 했다. 이 결과는 침묵에 대한 경영진의 태도에 관한 종업원의 인식정도가 경영자로부터의 부정적인 피드백을 말하지 않는 그들의 결정에 영향을 미칠 수 있음을 보여주는 것이었다.

특히 조직 구성원의 침묵 행동은 기업의 파산이나 인수합병 등과 같이 조직의 생존에 위협을 받는 상황에서, 즉 조직이 큰 변화를 맞이하는 상황에서 더욱 주목할 필요가 있는데(Nikolaou et al., 2011), 이러한 변화의 시기에는 조직 구성원으로 하여금 자신의 의견이나 생각을 드러내야 한다는 압력이 더욱 커지기 때문이다. 즉 큰 변화의 시기에 침묵할 것인가 아님 발언할 것인가 사이에서의 선택은 구성원 당사자들에게는 중요한 아젠다가 될 것이다 (Vakola & Bouradas, 2005).

2) 조직침묵 연구의 확대와 발전

① 조직침묵의 수준과 조직 내 역동관계

본격적으로 침묵 연구가 시작된 후 침묵의 동기에 초점을 둔 침묵 결정의 심리적 과정에 초점을 두거나 침묵 행위의 선택을 둘러싼 맥락요인으로서의 조직 내 역동관계(dynamics)를 좀 더 확대함으로써 조직 침묵 행위에 대한 이해를 도모하고자 하였다. 집단적인 현상을 강조한 개념으로서의 조직침묵과 구성원 개개인의 행위의 선택에 초점을 둔 종업원 침묵은 많은 연구에서 침묵의 행위를 집합적인 의미로 볼 것인가 개개인의 행위의 선택에 초점을 둘 것인가에 따라서 비슷하지만 구분되어 사용되어 왔다. 이러한 침묵행위의 개념을 설명하기 위한 맥락으로서의 수준은 행위를 선택하는 개인의 수준

(individual level)에서부터, 개개인의 구성원이 속한 소집단으로서의 집단적 수준(group level), 그리고 개인적 수준과 집단적 수준을 아우르는 조직적 수준(organizational level)에서의 조직침묵에 모두 영향을 미치고 있다고 할 수 있다.

앞서 언급한 이슈 셀링(issue selling)나 내부고발(whistle blowing) 등은 전형적으로 조직 내에서 우려와 의견을 표현하는 대표적인 의사소통의 행위의 한 종류라고 할 수 있는데, Tangirala & Ramanujam(2008)은 이러한 조직 내 의사소통 행위를 억압(suppression)하는 행위를 종업원 침묵으로 보았다. 이들은 병원의 간호사를 대상으로 하여 개인적인 수준에서의 침묵의 선택에 영향을 미치는 영향 요인에는 개인적인 수준의 변수도 있지만 집단적인 수준의 변수 역시 영향을 미치고 있음을 확인하였다. 그리고 Wang & Hsieh (2013)는 조직 구성원의 침묵 선택에 영향을 미치는 집단적 수준의 변수인 조직의 윤리적 풍조(ethical climate)를 다섯 가지로 구분하고 방어적 침묵과 체념적 침묵과의 연관성을 찾고자 하였다.

② 조직침묵의 유형의 확대

조직침묵을 친사회적, 방어적, 체념적 침묵으로 개념적으로 구분한 Van Dyne et al.(2003)의 연구 외에 Brinsfield(2013)는 탐색적 조사 연구를 통해 기존의 연구자들이 제안한 침묵의 유형보다 더 세분화된 유형으로 구분하였다. 즉 일탈적 침묵(Deviant silence), 관계적 침묵(Relational silence), 방어적 침묵(Defensive silence), 소심한 침묵(Diffident silence), 비효과적 침묵(Ineffectual silence), 이탈적 침묵(Disengaged silence) 등으로 나누기도 하였다. 이와 같은 침묵의 여러 유형들 중 회피적 또는 방어적 침묵은 선행

연구를 통해서 실증적으로 연구되어져 왔지만, 다른 유형들은 연구의 주된 관심의 대상이 되지 못했거나 당연한 것으로 받아들여지고 있어, 침묵의 동기와 유형을 세분화하여 침묵을 이해하기 위해 보다 많은 실증적인 연구가 뒷받침되어야 할 것이다(Brinsfield, 2013).

3) 소결

지금까지의 연구자들은 일반적으로 조직 내 구성원들의 침묵을 ‘광범위한 조직 내 상황에 대한 한 반응’이라고 정의하고 있다(Brinsfield, 2009). 그리고 조직 내에서의 침묵에 관한 초기의 연구는 이러한 침묵이 집단적인 수준에서 나타나는 현상에 주목했으나 그 이후의 후속 연구들에서는 개인적인 수준에서 발언보다는 침묵하는 개인의 선택 행위에 좀 더 초점을 두는 경향이 나타났다. 조직 내 침묵에 관한 초기의 개념 연구들은 침묵 행위의 선택에 이르는 개인의 심리적 결정 과정에 보다 초점을 두어 진행되었다. 따라서 상급자로부터의 보복에 대한 두려움과 직장으로부터의 심리적 이탈(disengagement) 등이 침묵의 주요한 동기라는 연구 결과에 대한 합의가 이루어지는 과정이었다고 볼 수 있다. 개인적인 수준에서의 침묵은 특히 메시지가 잠재적으로 민감한 주제와 관련이 있을 경우에는 더더욱 발언 대신 침묵을 선택하는 것으로 보인다(Morrison, 2011).

그러나 상사의 보복에 대한 걱정과 같은 변수에 영향을 미치는 다른 변수들, 예컨대 ‘절차적 공정성’ 인식이나 ‘상사의 지위’ 인식과 같은 집단 수준의 변수들은 보복에 대한 우려에도 직접 영향을 미칠 수 있고, 직장 동일시(workgroup identification)나 직업 몰입(professional commitment)과 같은 변수는 침묵의 결과로 제시되었던 조직 몰입에 동시에 직접 영향을 미칠 수 있기 때문에(Tangirala & Ramanujam, 2008), 관련 변수들 간 개념적

관계를 보다 명확히 해야 하는 과제를 남겨두고 있다.

2. 조직침묵의 이론적 개념화를 위한 구성물(constructs)

조직 내에서의 침묵 개념을 이론적으로 규정하기 위해서는 다음의 세 가지 구성체를 나누어 살펴볼 필요가 있다. 침묵을 하게 된 이유 즉 침묵의 동기(motives), 침묵하는 내용(issues), 그리고 침묵하는 대상(target)이 바로 그것이다. 이 외에도 침묵의 선행요인 및 침묵으로 인한 결과들 또한 조직의 결과에 미치는 영향이 달라질 것이며, 향후 침묵 개념의 경계를 명확하게 구분하기 위해서 침묵과 관련된 개념 역시 고찰하고자 한다.

1) 침묵의 내용: 무엇을 침묵하는가?

초기에 조직 침묵을 정의한 Morrison & Milliken(2000)과 같은 연구자들은 정보, 의견, 제안, 걱정이나 우려 구성원들이 침묵하는 이슈에 관해 ‘직장에서의 중요한 사안’이라고 언급하였다. 구체적인 예로, 직장 내 동료와의 갈등, 조직의 결정에 대한 반대, 업무 과정에서 발견된 문제에 대한 개인적인 견해, 비합법적인 행위에 대한 우려, 그리고 개인적인 불만들에 이르기까지 범위가 매우 광범위하다. 이외에도 개인적 혹은 대인 관계에 느끼는 처우(treatment)의 문제에서부터 법적, 윤리적 사안들에 이르기까지 조직 구성원이 침묵할 수 있는 내용은 매우 다양한 범위에서 나타날 수 있다고 보았다(Kish-Gephart et al., 2009). 이처럼 침묵하는 이슈가 광범한 이유는 구성원이 업무와 관련하여 발생하는 이슈들이 매우 다양하기 때문이다.

‘두려움’이라는 침묵의 주요한 동기와 연결지어 본다면, 불법적이거나 비도덕적인 행위와 관련된 사안, 그리고 인권이나 절차공정성의 심각한 훼손 등과 같은 사안은 내용이 갖는 결과적인 중대성으로 인해 구성원이 자주 경험하게 되는 사안은 아니지만 구성원들이 느끼는 두려움의 강도(intensity)는 매우 클 것으로 쉽게 짐작할 수 있다. 반면 일상적인 업무와 관련된 사안들은 모든 구성원들이 자주 경험하게 되는 사안으로, 예를 들어 조직 내 업무의 비효율성이나 생산되는 제품에 대한 인식이나 의견, 절차 개선을 위한 제안 같은 경우는 구성원들이 발언하는데 크게 두려움을 느낄만한 내용이 아님에도 불구하고 이들은 발언대신 침묵을 선택하는 경우가 있다.

조직침묵에 관한 초기의 개념에는 조직을 위한 건설적인 생각이나 의견을 제시하지 않는 것도 포함되지만 이제까지의 많은 연구자들은 조직의 부정적인 측면과 관련하여 구성원들이 의사표현을 하지 않는 행위를 중심으로 하여 조직 내 침묵을 연구해왔다(Morrison, 2011). 침묵의 주요 동기인 ‘두려움’을 유발시키는 측면에서, 부정적인 정보와 의견은 메시지 수용자로 하여금 부정적인 반응을 가져오기 때문이다.

이제까지 침묵의 동기에 관한 연구들은 비교적 다수를 차지하나 구성원들이 실제 조직의 어떤 이슈나 문제점들에 대해서 침묵하는지를 실증적으로 파악한 연구는 많지 않은 것이 사실이다(박천오, 2015). Milliken 등(2003)은 산업체 종사자들을 대상으로 한 심층면접을 통해, 이들이 조직에서 문제제기를 꺼리는 이슈들은 ‘동료나 상사의 역량이나 성과에 관한 우려’, ‘조직 과정이나 성과와 관련된 문제점들’, ‘보수나 성과급 등에 관한 내용’, ‘조직 정책에 대한 불만’, ‘개인적인 경력’, ‘윤리적인 사안’, ‘학대나 모욕’, ‘동료와의 갈등’ 등이었다고 밝혔다. 또한 조직 내 구성원들 사이에서 방어적 침묵과 체념적 침묵이 함께 실제 존재하고 있음을 실증적으로 밝힌 대표적인 연구라고 할

수 있다. 그러나 아직까지는 이와 같은 유형의 침묵들이 실제 어떤 모습으로 존재하는지를 실증적으로 밝히는 연구가 부족하다. 특히 앞선 연구자들이 구분한 침묵의 유형들 간 관계에 대해서도 밝혀진 바가 없다.

침묵이 전달하고자 하는 메시지는 긍정적인 내용 즉, 건설적인 건의사항이나 제안 등을 포함하는 경우도 있지만, 많은 경우 부정적인 내용, 예를 들어 조직과 관련된 나쁜 소식, 불만, 우려, 문제 등을 포함하고 있다. 전달하고자 하는 메시지의 성격이 부정적일 경우 침묵이 나타날 가능성이 더욱 높는데 이는 침묵의 주요 동기인 두려움과 체념을 연결시켜보면 쉽게 이해할 수 있다. 또한 침묵의 내용은 개인의 개별적이고 독립적인 내용을 포함하는 경우도 있고, 대인 관계에서 발생하는 여러 가지 사안들을 포함하기도 한다. 마지막으로 특정 사안에 대해서만 침묵하기도 하고, 일시적으로 혹은 지속적으로 침묵이 나타나기도 한다.

Eriguc et al.(2014)은 터키의 병원 간호사들을 대상으로 침묵하게 되는 이슈들에 관해 설문조사를 실시하였다. 설문 도구는 Çakıcı(2008)가 터키 병원 간호사들을 대상으로 하여 자체 개발한 문항을 사용하였는데 연구 결과, 간호사들이 침묵하는 이슈들을 총 25개 항목으로 구분하여 조사한 후 이를 5개의 범주로 구분하여 병원 간호사가 침묵하는 내용을 제시하기도 하였다(표 1).

박천오(2015)는 우리나라 공무원을 대상으로 하여 공무원들이 침묵하는 이슈들을 파악하였다. 조직 구성원이 문제 제기를 어려워하는 항목들, 발언을 회피하는 이슈들, 공익에 반하는 공무원의 행위 등으로 문항을 구성하여 설문 조사하였는데, 그 결과 ① 동료나 상급자의 역량이나 성과와 관련된 사항, ② 상급자의 부당한 정책 추진이나 지시, ③ 자신의 경력이나 인사와 관련된 사

[표 1] 터키의 병원 간호사들이 침묵하는 내용

범 주	침묵하는 내용
관리자의 성과 및 근무 시설	조직의 이해보다는 개인적인 이해를 우선시
	근무조건 향상을 위한 제안
	불공정한 활동(차별, 편애, 불공평 등)
	쓸모없는 규칙들
	관리자의 낮은 업무 성과
	나의 경력 발전이나 학습에 대한 요구
	관리자의 부적절한 매너와 행동
	조직의 인프라나 구조적 문제
	시설과 설비의 부족
구성원의 성과 및 관리/행정	동료의 무능력함(지식, 기술과 재능 등)
	그 외 다른 구성원들의 무능력함
	동료의 낮은 성과
	회사의 정책이나 결정사항들에 대한 반대
	사적인 이슈들
	관리자의 무능함(지식, 기술과 재능)
책 임	근무 환경에 대한 책임(환경오염, 부적절한 사회적 행위 등)
	위축됨(shrinking), 게으름
	근무지에서의 낭비 행위
윤 리	성적 괴롭힘(molestation)
	윤리적 사안(의료과실, 무단결근, 거짓말, 절도, 부정직한 행동 등)
	개인적인 경쟁이나 갈등
	학대 행위(욕설, 모욕, 비난, 폭력, 흑사 등)
부서의 성과	부서의 개선을 위한 제안들
	자신이 속한 부서의 낮은 업무 성과

* 출처: Eriguc et al., 2014

항, ④ 권력 남용, ⑤ 보수나 성과급과 관련된 사항, ⑥ 윤리나 공정성과 관련된 사항, ⑦ 성희롱, ⑧ 자원의 남용 등의 순서로 발언하기 어렵고 침묵을 선택하게 된다고 답한 것으로 나타났다.

초기의 침묵의 정의에서는 침묵하는 내용을 “잠재적으로 중요한 조직의 사안”에 대한 정보, 의견, 제안, 우려 등이라고 정의하여, 조직 구성원이 침묵하는 내용은 조직 또는 업무와 관련된 이슈를 광범위하게 포괄하고 있다. 그러나 침묵의 결과가 미칠 영향이라는 측면에서 보더라도, 윤리적 사안에 대해서 침묵하는 것은 개인 경력과 관련한 관심사에 대해서 침묵하는 것과는 질적으

로 다르다. 이러한 모든 것을 ‘조직침묵’ 또는 ‘종업원 침묵’이라는 하나의 포괄적 용어(umbrella terms)로 묶는 것은, 많은 장점을 가지고 있음에도 불구하고, 경우에 따라서는 보다 고도의 미묘한 구분들을 탐색할 수 있는 기회를 가로막을 수도 있다(Brinsfield et al., 2009). 따라서 침묵에 대한 보다 깊은 이해를 위해서는 조직 구성원들이 침묵하는 내용을 보다 세분화시켜서 구분하는 것이 필요하다.

2) 침묵의 동기: 왜 침묵하는가?

조직 내 침묵에 관한 연구의 주된 관심 주제는 침묵하게 된 동기, 즉 “언제 그리고 왜 침묵하게 되는가?”에 답하는 것이었다. 침묵의 동기는 매우 다양하여 겉으로 드러난 침묵의 내면에 자리잡고 있는 동기를 해석하고 근본적인 의도를 밝혀내는 것은 쉽지 않은 일이다(Milliken & Morrison, 2003). 그럼에도 불구하고 침묵의 동기 또는 의도는 조직 내에서의 침묵을 개념화하는데 주요하게 고려되어야 할 차원임에는 틀림없다. 왜냐하면 침묵하고자 하는 동기 혹은 의도가 무엇인가에 따라서 침묵의 대상, 내용과 유형이 달라질 수 있기 때문이다(Brinsfield et al., 2009). 따라서 조직 침묵의 정의를 규정함에 있어서 동기는 매우 중요한 기반이라 할 수 있다.

인간에게 내재되어 있는 다양한 종류의 동기들은 여러 형태의 침묵과 발언에 관여하는 결정에 작용할 수 있는데, 침묵의 동기를 이해하기 위해서는 우선 침묵할 수 없는, 즉 발언을 선택하게 된 동기를 이해하는데서 먼저 출발해야 한다(Morrison, 2014; Edwards & Greenberg, 2009). 기본적으로 모든 조직 구성원은 조직 내의 문제점을 인식하고 있고, 조직 내 타 구성원들과 이를 공유하거나 전달할만한 중요한 아이디어나 의견, 관점 등을 잠재적으로 가지

고 있다(Pinder & Harlos, 2001). 이는 곧 구성원은 조직생활을 하며 조직에 관해 발언하고 싶은 동기를 갖게 되는 것이다. 이와 같이 발언하고자 하는 동기는 조직을 위해서, 또는 조직의 이해관계자들을 위해서 건설적인 변화를 가져오고자 하는 욕구에 의해서 생겨난 것이다(Van Dyne et al., 2003). 즉 발언은 건설적이고 친사회적 행위로서 그 근저에는 타인을 돕거나 향상시키고 자하는 내재화된 책무감(internalized sense of commitment)이라는 동기가 자리 잡고 있다(Morrison, 2014). 이처럼 발언과 관련된 연구의 주된 관심은 실제 발언을 하게 된 심리적 결정 과정이 어떻게 작동되는가에 있었다. 이러한 결정 기전에는 효능감(efficacy)과 안전(safety) 또는 위험(risk)이라는 핵심 개념들이 자리 잡고 있는데, 조직 구성원의 발언이 원하는 결과를 가져오는데 효과적일 것인가에 대한 구성원의 인식 정도(효능감 또는 수단성)와 이러한 발언행위가 자신이나 조직 내 타 구성원에게 부정적인 결과를 가져오지 않을지에 대한 인식 정도(안전감 또는 위험도)를 판단하여 발언 행위를 할 것인지 말 것인지를 결정한다는 것이다.

이를 침묵의 관점에서 보자면, 발언의 효능감과 안전감이 낮아지고 발언으로 인한 위험도가 올라가면 구성원은 발언 대신 침묵을 선택하게 되는 것이다. 발언을 하는 것이 헛되고 소용없는 것, 즉 발언의 효능감이 낮아지면 구성원들은 침묵을 선택한다(Detert & Trevino, 2010; Milliken et al. 2003).

또한 발언은 현재의 관행(practices)이나 의사결정, 그리고 이로부터 비롯되는 문제점들이나 조직에 민감한 사안에 대해 지적하는 것이기 때문에 자칫 조직 내에서 ‘투덜이(complainer)’ 또는 ‘문제아(troublemaker)’로 비춰질 수 있고 성과 평가나 승진 등에서 피해를 입을 수도 있기 때문에 기본적으로 위험한 것으로 인식되어진다(Morrison, 2014). 따라서 구성원들은 이러한 업무 환경에서 으로부터 자신이 안전하지 못하다고 인식되면, 즉 심리적 안전감

이 낮아지면 발언을 하기 보다는 침묵을 선택할 가능성이 높아지게 되는 것이다(Edmondson, 2011).

조직 침묵의 동기 중 가장 주요한 동기는 ‘두려움’이라는 것은 부인하기 힘들다(Morrison & Milliken, 2000; Pinder & Harlos, 2001; Milliken et al., 2003). 두려움 외에도 분노(anger), 실망(despair), 우울(depression), 냉소(cynicism) 등과 같은 감정들이 침묵의 동기가 될 수 있다(Pinder & Harlos, 2001). 조직 침묵 연구에서 드러난 침묵의 주요한 동기를 정리하면 다음과 같다.

- ① 상사로부터의 보복이나 처벌에 대한 두려움(Morrison & Milliken, 2000; Pinder & Harlos, 2001)
- ② 동료로부터 투덜이나 문제아로 낙인찍힘으로써 사회적으로 고립될 것이라는 두려움(Bowen & Blackmon, 2003)
- ③ 다른 사람을 해치고 싶지 않은 바램(Van Dyne et al., 2003)
- ④ 상급자에게 좋은 이미지를 심고 싶은 전략적 바램(Premeaux & Bedeian, 2003)
- ⑤ 자신의 의견이 가치가 없고 문제 해결을 가져오지 못할 것이란 체념(Pinder & Harlos, 2001; Van Dyne et al., 2003)

결론적으로, 사람들은 인지된 위협이나 위협으로부터 그들 자신을 보호하기 위해서, 그리고 발언을 해봤자 소용이 없고 결과적으로 차이가 없을 것이라고 체념하기 때문에(Morrison & Milliken, 2000; Pinder & Harlos, 2001), 발언에 따르는 결과를 두려워하고(Milliken et al., 2003), 자신들의 동료가 그들을 지지하지 않는다고 느낄 때에도(Bowen & Blackmon, 2003) 침묵을 선택

택한다는 것이다. 또한 권력과 패권을 행사하기 위한 수단으로서, 그리고 다른 사람들을 해치거나 괴롭히기 위해서(Bies, 2009) 침묵을 선택하기도 한다. 마지막으로, 앞서 언급한 부정적인 측면의 동기와는 달리 보다 이타적인 관점에서 협력(cooperation)을 촉진하거나 친사회적인 행위를 위한 수단으로써 침묵 행위를 선택하는 경우도 있다(Van Dyne et al., 2003).

이와 같이 침묵하고자 하는 조직 구성원의 의도가 중요한 이유는, 침묵의 근저에 깔린 동기를 알게 되면 어떤 특정한 행위가 잠재적으로 조직 구성원들에게 혹은 그 조직에게 제대로 기능했는지, 기능하지 못했는지를 결정하는데 도움을 주기 때문이다. 예를 들면 두려움과 무관심은 조직에 해를 끼치는 경향이 있고 친사회적 침묵은 보호하려는 기능을 가지고 있어, 적어도 단기적으로는 호의적인 결과를 가져올 수 있다(Brinsfield et al., 2009).

앞서 언급한 침묵의 동기들은 그 자체로 바로 침묵 행위로 이어지는 것은 아니다. 그래서 이전 연구들은 침묵의 동기 외에도 침묵 행위를 선택하기에 이르는 복잡한 심리적 결정 과정을 밝히기 위한 연구를 진행하여왔다. 대표적인 예로서 개인의 지각, 인지, 귀인, 감정, 신념, 이탈 등이 심리적 결정 과정에서 어떻게 작용하는가에 따라서 발언이나 침묵을 선택할 것인지가 결정된다고 보았다. 이러한 침묵의 동기를 밝혀내는 것은 개인이 조직에서 하고 싶은 말이 있었으나 침묵하게 된 상황을 이해하는데 도움을 준다(Brinsfield, 2013). 그러나 이러한 침묵의 동기는 아직까지 실증적인 연구보다는 개념적인 연구에 그치는 경우가 많기 때문에, 질적 또는 양적 연구를 통하여, 왜 사람들이 침묵하는지를 실증적으로 밝히는 것이 필요하다(Edwards & Greenberg, 2009).

3) 침묵의 대상: 누구에게 침묵할 것인가?

침묵의 대상이 누구인가에 따라서 침묵이 갖는 의미와 기능은 크게 달라질 수 있다(Brinsfield et al., 2009). 침묵의 대상이 누구인가에 따라서 침묵하는 이유도 달라진다. 예를 들어 동료들 사이에서는 바보 취급을 받거나, 소외당할까봐 침묵을 선택하는 경우가 있고(Milliken et al., 2003), 조직의 위계상 권력을 가진 사람에게 침묵하는 이유는 승진이나 보상기회를 놓칠까봐, 해고당할까봐 침묵을 선택하게 된다(Ryan & Oestreich, 1991). 전자가 자신의 사회적 영향을 염두에 둔 행위라면 후자는 자신의 경력에 미칠 영향을 고려하여 선택하는 행위이다(Kish-Gephart et al., 2009).

여전히 많은 연구자들(Milliken et al., 2003)은 침묵을 정보 흐름의 방향 차원에서 규정하고 있고, 특히 최근의 많은 연구들은 상향적 의사소통에 초점을 두어 침묵을 연구하고 있다는 점에서, 침묵의 대상은 조직 내 공식 명령체계상 자신보다 지위가 높거나 더 큰 권력을 가지고 있는 위치에 있는 사람을 대상으로 하는 경우가 많다. 왜냐하면 조직 구성원이 침묵을 할 것인가 말 것인가를 결정하는 것은 그 발언 또는 침묵이 특정하고 있는 대상, 대부분의 경우 자신의 상급자 또는 관리자의 행동에 의해서 좌우되기 때문이다(Morrison & Milliken, 2000). 초기의 조직침묵 개념에서의 대상이 조직 또는 팀 내의 상사나 경영진이 되었지만, 점차 이러한 전통적으로 정해진 대상의 범위는 조직 또는 팀 내의 상사뿐만 아니라 팀 내의 동료 또는 부하 직원에게까지 확대되어야 한다고 보고 있다(Brinsfield et al., 2009).

4) 조직침묵의 선행요인

조직 구성원의 침묵은 구성원의 개인적인 특성과 특정 동기에 의해 의도적으로 발언을 하지 않는 것이기도 하지만, 이러한 침묵행동을 선택하도록 만든 집단적이고 구조적인 맥락들(contexts)이 크게 작용을 한다. 침묵의 동기와 선행요인은 서로 구분하여 설명되는데, 동기는 개인의 침묵 경험을 설명하는데 있어 좀 더 필수적인 요소인 반면 선행요인은 이러한 심리적 요인들과는 좀 더 멀리 떨어져 있어 침묵에 영향을 미치는 요인이 된다(Brinsfield, 2013). 이전 선행 연구들을 통해서 제시된 침묵 행위의 선행 요인들은 크게 침묵 행위 주체로서 개인의 특성, 집단 및 조직적 특성으로 구분할 수 있는데, 특히 최근 조직침묵에 영향을 미치는 집단적, 조직적 수준에서의 선행요인에 관한 실증 연구가 활발히 이루어지고 있다(표 2). 본 절에서는 조직침묵에 영향을 미치는 선행요인들 중 주되게 강조되었던 요인들을 중심으로 간략하게 정리해보고자 한다.

(1) 개인적 특성

침묵 행동에 영향을 미치는 개인적 특성으로는 개인의 성격이나 기질, 근속연수 등 경험이나 경력의 정도, 조직에서의 직급 등의 위치, 자존감이나 자신감, 두려움이나 분노와 같은 개인적 감정 등이 영향을 미치는 것으로 연구되어졌다(Milliken et al., 2003).

(2) 침묵 분위기(Climate of silence)

Morrison & Milliken(2000)은 집단적 수준에서의 형성되는 침묵 분위기는 조직 구성원으로 하여금 침묵을 선택하는데 매우 중요하게 영향을 미친다고 보았다. 일반적으로 조직 문화와 조직 분위기는 같은 개념으로 설명되기도 하

[표 2] 조직침묵의 선행요인에 관한 실증연구들

구분	선행요인	출처
개인 특성	낮은 지위, 경험 부족	Milliken et al.(2003)
집단/조직 특성	침묵 분위기	Vakola & Bouradas(2005)
	종업원 참여도	Huang et al.(2005)
	조직 동일시, 직업 동일시, 상사 지위 인식, 절차적 공정성	Tangirala & Ramajunam (2008)
	리더십 유형	Liu et al.(2009); 곽원준 외(2014)
	정통성(Authenticity)	Knoll & Dick(2013)
	권력거리(Power distance), 집단주의, 처벌(Punishment)	Rhee et al.(2014)
	불공정한 문화, 위계적인 구조, 침묵 분위기	Eriguc et al.(2014)
	중앙집권화, 의사소통의 기회	Dedahanov et al.(2015)
	직장 내 배척주의(ostracism)	Gkorezis et al.(2016)
	조직정치지각	Khalid & Ahmed(2016)

지만 조직침묵 연구에서는 이를 구분하여 침묵 행동과의 관계를 연구하여 왔다. 개념적으로, 분위기(climate)란 조직이 처한 환경과 상황에 대해 조직 구성원이 인식하는 정도를 의미하는 주관적 관점에 초점을 둔 것으로 (Rousseau, 1988), 구성원의 개인적 특성과 함께 조직 내에서 구성원의 위치에 따라 다르게 영향을 받는다. 이에 반해 조직 문화는 조직 분위기의 상위 개념으로 집단이 공유하는 핵심적인 가치체계에서 유래되는 조직 구성원의 의식구조, 사고방식, 가치관 등을 반영하는 것이다. 침묵 분위기는 조직 분위기(organizational climate)의 한 종류로서 구성원들이 조직 내의 문제에 대해 발언하는 것이 가치가 없으며 자신의 의견을 제시하는 것이 매우 위험하다고 느껴지는 분위기로, 개개인의 침묵 행동이 조직 내에서 매우 광범위하게 퍼져 있는 경우를 말한다(Morrison & Milliken, 2000).

Vakola & Bouradas(2005)는 상사 및 최고 경영진의 침묵에 대한 태도와 조직의 의사소통의 기회 정도를 침묵의 분위기로 정의하고, 상사와 경영자의 발언에 대한 긍정적인 태도가 부족하거나 구성원의 의사소통의 기회가 줄어들면 조직 구성원의 침묵 행위가 늘어난다는 결과를 실증적으로 입증하였다.

(3) 상사의 리더십

조직 침묵에 영향을 미치는 상황적 또는 맥락 요인들은 다양하게 연구되어 왔다. 그 중에서도 상사의 행동, 태도 및 리더십은 종업원의 침묵과 긴밀하게 연관되어 있는 것으로 파악되고 있다. 일선에서 수직적 의사소통의 당사자일 뿐만 아니라 성과 관리 및 평가를 책임지고 있는 직속 상사의 리더십은 조직 구성원의 발언과 침묵에 가장 직접적으로 영향을 주는 요인으로 제시되고 있다(윤선영 & 권석균, 2015).

앞서 언급한 Vakola & Bouradas(2005)의 연구에서도 침묵분위기 형성의 구성요소인 상사와 경영진의 침묵에 대한 태도는 구성원의 침묵의 선택에 매우 유의하게 연관되어 있음이 증명되었다. 특히 상사의 침묵에 대한 태도는, 최고 경영자의 침묵에 대한 태도나 의사소통의 기회 요인에 비해, 구성원의 침묵 행동에 가장 강력하게 영향을 주는 요인으로 작용하고 있음을 확인함으로써 구성원은 자신의 상사에 의해 형성된 보다 ‘미시적인(micro)’ 침묵 분위기에 더 많은 영향을 받고 있다는 것을 알 수 있었다. 조직 구성원의 입장에서 보면 새로운 의견 개진은, 설사 그 내용이 긍정적인 것이라 하더라도, 상사의 입장에서는 현 상황에서 새로운 도전으로 인식될 수 있고 따라서 구성원 개인에게는 위험이 수반될 수 있기 때문에 발언하기를 주저할 수 있다(Milliken et al., 2003; Morrison & Milliken, 2000).

(4) 조직의 구조와 문화

구조적이고 문화적인 측면에서 조직적 침묵에 영향을 미치는 요인으로는, 최고 경영진과 일선 조직 구성원 간 권력거리(power distance)가 멀수록, 그리고 집단적인 문화가 강할수록 조직침묵이 더욱 강하게 나타난다고 보았다(Rhee et al., 2014; Morrison & Milliken, 2000). 문화적 가치는 그 조직의 의사소통에 매우 중대한 영향을 미치는데 권력거리 문화 하에서는 발언이 억제되기 때문에 구성원은 개인의 목소리를 내기 어렵다. 또한 의사결정방식이 고도로 중앙 집중화되어 있고 의사소통의 기회가 적은 조직에서 역시 상향적 정보의 흐름과 피드백이 원활하지 않기 때문에 조직적 침묵이 발생할 가능성이 높다(Dedahanov et al., 2015; Morrison & Milliken, 2000). 그리고 조직 내 정치가 활발한 조직일수록 이를 인식하는 조직 구성원은 더욱 침묵 행위를 선택할 가능성이 높은 것으로 나타났다(Khalid & Ahmed, 2016)

(5) 조직 내 사회적 관계(social relationships in organization)

조직에서 구성원의 상사 및 동료들과의 관계, 그리고 사회적 상호작용(social interaction)이 침묵 행위를 선택하고 이러한 침묵을 형성하는데 있어서 중요한 구성요소로 작용할 수 있는데, 예를 들어 Bowen & Blackmon(2003)는 조직에서 구성원의 위치가 다른 구성원들에 의해서 지지받고 있다고 믿으면 침묵할 가능성이 줄어들고 그렇지 않다고 느껴지면 침묵하게 된다는 연구 결과를 제시하였다. 즉 업무 현장의 사회적 역학 관계(social dynamics) 속에 고유하게 내재되어 있는 이해형성 과정(sense-making process), 동료들과의 관계, 그리고 동료나 선배, 상사로부터의 지지를 인지한 정도에 따라서 침묵할지 발언할지를 결정한다는 것이다. 그러나 이전 연구들에서는 구성원들 간 사회적 관계가 중요하게 다루어지고 있지 못했다(Edwards & Greenberg, 2009). 따라서 조직의 구조나 집단 내 업무 처리 과정으로부터 형성된 ‘관계’가 어떻게 집단 구성원으로 하여금 침묵 행위를 ‘선택’하게 하고 이러한 행위

를 ‘강화’시키는지를 탐색해 볼 필요가 있다.

5) 조직침묵의 결과

조직 침묵에 대한 연구에서 침묵 분위기는 비용과 노력의 낭비 등 조직에 바람직하지 않은 결과를 초래하는 것으로 가정하기 때문에(Aylsworth, 2008) 비효율적인 조직 과정으로 바라보는 시각이 대두되었다. 결과적으로 조직 침묵은 조직이 발전하지 못하는 이유나 관련 정보, 피드백을 차단함으로써 조직의 주요 의사결정자로 하여금 그들에게 필요한 정보의 수집을 방해하고 잠재적으로 심각한 문제를 해결할 수 있는 기회를 잃게 하므로(Morrison, 2011), 조직의 변화와 발전을 저해하는 요소로 받아들여지고 있다(Morrison & Milliken, 2000).

침묵 행위로 인해 나타나는 조직 결과는 직접적인 결과와 간접적인 결과로 구분할 수 있다. 우선 조직 내부 구성원에게 미치는 영향으로는 침묵 행위로 인해 스트레스가 증가하고 우울감을 느낄 수 있다(Morrison & Milliken, 2000). 또한 조직 활동에 대한 몰입도가 낮아지고 만족도가 저하되며(Vakola & Bouradas, 2005), 조직에 대한 냉소주의가 생기게 된다(Tamuz, 2001). 따라서 조직 변화에 덜 참여하려는 경향이 생기고 조직의 변화에 적응하는데 어려움을 겪을 수 있다는 것이다(Ryan & Oestreich, 1991).

또한 조직침묵은 구성원들의 내적 동기에도 영향을 미치는데, 조직 내에서 발언의 허용은 조직 구성원으로 하여금 자신이 가치가 있다고 느끼게 하는 신호이기 때문에, 이것이 억제되어 나타나는 지속적인 침묵현상은 시간이 지날수록 조직 구성원들의 조직 몰입을 방해하고 신뢰를 무너뜨리며 사기를 저하

시켜 구성원으로 하여금 조직에 대한 좌절, 실망, 냉소 등의 부정적인 감정을 느끼게 된다(Brinsfield, 2013; Vakola & Bouradas, 2005; Morrison & Milliken, 2000). 결국 이러한 낮은 내적 동기와 불만족, 심리적 이탈은 조직 구성원으로 하여금 ‘이직’이라는 극단의 선택을 하도록 만들 수도 있다 (Morrison & Milliken, 2000).

조직적 침묵으로 인해 조직에 미치는 보다 직접적인 결과로는 경영자로 하여금 조직의 문제점을 파악하고 효율적으로 의사결정을 하는 능력을 떨어뜨리고(Milliken et al., 2003), 조직의 경영이나 관리에 중요한 정보를 수집하고 이를 전달하는데 실패함으로써(Edwards & Greenberg, 2009) 결국 급변하는 환경에서 조직 변화의 효율성을 떨어뜨리는 결과를 초래하고(Morrison & Milliken, 2000), 궁극적으로는 조직 혁신의 실패를 가져오게 될 것이다 (Argyris & Schon, 1978).

6) 조직침묵의 수준과 전염

조직 내 침묵현상을 조직 침묵 또는 종업원 침묵으로 정의하는 것은, 조직 내 침묵 행동이 다양한 수준에 걸쳐 존재하는 현상일 수 있음을 반증해주는 것이라 하겠다(정현선 & 박동건, 2013). Morrison & Milliken(2000)은 집단적 수준에서 나타나는 침묵 현상에 주목했으나 그 이후 연구에서는 개인적인 수준에서의 종업원 침묵과 동일시되거나 혼용되어 사용되었다. 우선 개인 수준의 침묵 행동은 상위 수준인 집단 또는 조직의 현상으로 확산되는데, 침묵 행동은 전염(contagion)되는 속성을 가지고 있다고 보기 때문이다(Brinsfield et al, 2009).

3. 조직침묵과 관련된 개념들

일반적으로 침묵은 여러 사회 덕목들과 연관되어 있다. ‘침묵은 금이다’라는 속담에서 알 수 있듯, 침묵을 겸손, 타인에 대한 존경과 배려, 신중함이나 예의범절과 같은 덕목과 연결지어 생각한다. 또한 사람들은 타인과의 대면에서 창피함이나 대립감과 같은 감정을 회피하기 위해서 침묵하기도 한다(Perlow & Williams, 2003). 그러나 이러한 침묵은 칭찬과 배려, 혐오와 반대 등을 모두 내포할 수 있기 때문에 개인에게든 조직에게든 침묵은 곧 압력으로 작용할 수 있다(Bagheri et al., 2012). 본 절에서는 조직 침묵 개념의 경계 조건(boundary conditions)을 규정하기 위해 관련 개념으로서 조직문화 및 충성도(loyalty)와 침묵, 권력과 침묵과의 관계 등을 살펴보고자 한다.

1) 조직문화와 조직침묵

조직 문화는 조직을 구성하는 사람들이 공유하는 생활양식 및 행동 양식의 총체이다(오석홍, 2014). 조직 문화는 인위 구조, 가치와 신념, 근원적 전제 등 여러 구성요소(또는 차원)를 내포한다. 인위구조는 문화적 상징이라고도 하는데 언어, 가시적 태도와 행동, 물리적 공간의 구성, 기술, 예술품, 양식 등을 포함한다. 가치는 의식적인 차원의 구성요소로서 조직문화를 공유하는 사람들은 가치를 공유한다. 가치는 규범적, 도덕적 기능을 하고 인간의 행태를 예측할 수 있게 한다. 가치에 대한 공동의 인식이 확산되면 그것은 신념이 된다. 어떤 가치가 문제를 해결하는데 계속적으로 성공적이고 사람들이 그에 익숙해지면 가치는 신념으로 변한다. 신념은 개인적인 준거틀 안에서 무엇이 실제로 일어날 것인가에 대한 이해를 말해준다. 그러한 상태가 계속되면 가치

는 당연시되어 가고 궁극적으로 인식론의 전환을 통해 잠재 의식화된다. 잠재 의식화된 가치가 곧 문화의 본질적 요소인 비가시적이고 전의식적인 근원적 전제라고 할 수 있다. 조직 문화의 구성요소들은 잠재의식적이고 묵시적이기도 하며 일부는 명시적이기도 하다.

조직 문화는 조직을 구성하는 사람들의 생각과 행동을 결정하는데 가장 강력한 영향을 미치고 조직 구성원들의 태도와 행동을 규정한다. Argyris(1977)는 조직 내에는 구성원으로 하여금 조직 내에서 그들이 느끼고 있거나 알고 있는 것을 말하지 못하도록 만드는 강력한 규범(norm)과 방어 기제(defensive routines)가 존재한다고 지적하였다. 이러한 조직문화는 학습에 의해서 공유되어지고 스스로 통합성을 유지하는 특성을 가지고 있다. 또한 조직문화는 비교적 안정적이고 계속적이며 변동저항적인 속성을 지니고 있어 조직 구성원의 다양화와 조직 혁신에 장애가 되기도 한다(오석홍, 2014).

조직 문화는 조직 내에서 구성원들이 당연 시 하는 규범과 가치들로 구성되며, 조직 단위의 현상으로서 구성원들이 사회적 상호작용을 통해 인식과 경험을 공유하고 업무 환경 속에서 구성원들끼리의 여러 공통된 이해를 가짐으로써 형성된다(Morrison & Milliken, 2000). 또한 조직 문화는 특정 행위를 장려하거나 저지하는 환경을 창출함으로써 구성원들의 행동 패턴에 영향을 미치기도 한다(박천오, 2015). 왜냐하면 조직 문화는 조직 구성원으로 하여금 조직이 다른 구성원들에게 어떻게 반응하는지 관찰하게 하고 어떤 행동이 보상 혹은 처벌을 받는지 학습하게 만들기 때문이다. 그리고 조직 구성원은 같은 조직, 같은 집단 내의 다른 구성원들과의 상호작용을 통해서, 그리고 다른 구성원들의 행동을 관찰함으로써 행동의 패턴을 학습한다. 이 같은 맥락에서 조직 구성원은 다른 구성원의 침묵 행동을 관찰하고 학습함으로써 자신의 행

동에 영향을 미치고 개인적인 수준에서의 침묵이 다수에 의해서 관찰되어짐으로써 침묵 분위기가 형성되어 다시 구성원으로 하여금 암묵적으로 이를 동조하도록 요구하게 된다.

국가 간 문화적 차이와 조직 침묵의 현상 역시 차이가 있다. 우리나라를 포함한 아시아 문화권에서는 권위에 대한 복종, 집단에 대한 충성, 집합적 정체성 강조하는 등의 문화적 특징이 강하기 때문에 구성원으로 하여금 자신이 속한 조직의 부정적인 측면에 대해서 발언하기 쉽지 않다고 하였다(West et al., 2013).

2) 조직 충성도(Loyalty)와 조직침묵

조직에 충성스러운 종업원은 조직에 대한 불만족스러운 일을 발언할 것인가? 아니면 그냥 침묵할 것인가? 조직 내에서의 침묵은 비교적 새로운 현상이라고 할 수 있으나 그럼에도 불구하고 이와 비슷한 관심은 조직 내 발언에 관한 선행 연구들에서 찾아볼 수 있다. 그 대표적인 예가 바로 Hirschman (1970)의 고전적인 EVL (Exit-Voice-Loyalty) 모델이다. 원론적으로 EVL 모델은 고객의 제품 불만족과 이에 반응하는 행동을 대상으로 한 연구였으나, 이 모델은 조직에서의 고용 관계에도 적용가능하다. 즉 조직에 대해 불만족스러운 일이 있을 때 구성원이 선택할 수 있는 수단이 두 가지가 있는데, 그 중 하나는 자신의 의견을 적극 발언하여(voice) 상황을 개선시키고는 것이고, 다른 하나는 그 조직을 떠나는 것(exit)이라고 보았다. 또한 발언(voice)과 사직(exit)이라는 두 가지 수단은 조직구성원의 조직에 대한 충성도(loyalty)에 따라서 결정되는데, 조직에 대한 충성도가 낮은 구성원은 사직(exit)을 선택하고, 즉 조직을 떠남으로써 자신의 불만족을 표현하는 것이고, 충성도가 높은

구성원은 조직에 남아서 적극적으로 발언을 하거나(의식적이고 적극적인 형태의 행위) 또는 상황이 좋아질 것이라고 희망하며 그냥 있을 것(의식적이고 소극적인 형태의 행위)이라고 보았다. 결론적으로 충성도가 높은 종업원은 조직에 대한 불만족을 느꼈을 때 조직을 떠나는 것이 아니라 조직에 남아서 이를 적극적으로 해결하기 위해 발언한다. 하지만 조직 충성도가 높은 종업원이라 하더라도 항상 변화 지향적인 발언을 서슴없이 하는 것은 아니며 때때로 침묵하며 상황이 좋아지길 기다리기도 하는데 이 선택이 바로 구성원의 침묵을 의미하는 것이다. 하지만 Hirschman은 조직 내 침묵 현상에 대한 관심은 상대적으로 적었던 것으로 보인다(Tangirala & Ramanujam, 2008). 즉, ‘우리의 목소리가 없으면 잘못된 것은 아무 것도 없다’는 식의 가정 하에 많은 조직은 구성원들에게 암묵적인 복종을 요구하였다. 그러나 결과적으로 조직 구성원들의 침묵은 조직 결과적으로도 기대했던 성과를 가져오는데 실패하는 것으로 드러났다(Aylsworth, 2008).

이제까지의 조직에 대한 충성도와 발언과의 관계를 밝힌 연구들에서는 서로 상반된 연구결과가 제시되었다. 우선 조직 내에서의 충성도가 높은 구성원들은 조직의 문제를 해결하고 조직을 변화시키기 위하여 적극적으로 발언을 할 것이라고 보는 견해가 있다(Pratt, 1998). 이와 비슷하게, 직업적 충성도(Professional loyalty)가 높은 구성원은 자신의 직업에 대한 애착이 매우 높기 때문에 높은 직무관련 효능감과 도덕적 의무감을 가지고 있기 때문에 발언에 더 적극적일 것이라고 보고 있다(Morrow, 1993).

이와는 반대로, 조직에 대한 충성도가 높으면 조직에 대한 불만족을 발언하기 보다는 오히려 이를 참고 인내하며 이러한 충성심을 드러낼 것이라는 결과가 있다. 또한 높은 직업 충성도를 가지고 있는 사람은 자신이 속한 조직의 심각

한 문제에 대해서 침묵하는 경향이 강하다고 보았다(Edmondson, 2003). 이러한 반대의 결과에 대해서 많은 연구자들은 조직의 맥락 요인들이 조절 작용을 할 것으로 제안하고 있다. 즉 작업장에서의 사회적 맥락(social context)이 이러한 침묵 여부를 결정하는 동기에 결정적으로 영향을 미칠 것이라고 보았다. 또한 이러한 동기는 사회적 맥락을 고려한 상황에서 발언이 아닌 다른 형태의 대체물을 찾게 되는데 그 중 하나가 침묵이 된다는 것이다.

3) 조직 내 권력 관계와 조직침묵

지금까지 침묵에 관한 많은 연구들에서 침묵은 단순히 조직 구성원의 개인적인 동기의 산물로 가정되는 경우가 대부분이었다. 따라서 조직에서 구성원은 언제, 어떻게, 그리고 무엇을 침묵할 것인가 혹은 발언할 것인가 등 개인의 선택에 보다 초점을 두었고 따라서 조직과 경영자는 이 문제를 어떻게 극복할 것인가에 주요한 의의를 두고자 하였다. 이러한 조직 내 침묵 현상을 단순히 조직 구성원 간 대인적인 문제에 국한시키지 않고 좀 더 거시적인 관점에서 본다면 사회적 권력의 정치학적 해석으로 연결지어 볼 수 있다(Donaghey et al., 2011). 즉 권력과 침묵과의 관계에서 침묵은 자기 검열, 수동성 또는 체념을 의미한다(Gardezi et al., 2009). 침묵은 지배 집단이 정치적 교환의장에서 다른 이해집단에게 영향을 미치기 위해 이슈를 조직화하는 과정에서 사용될 수 있는 전략적 수단이 될 수 있다. 이러한 맥락에서는 관리가 조직에서의 발언의 절차를 규정하고 제한하며 그 결과 종업원들이 관심을 가지고 있는 사안들에서 침묵이 우위를 점하게 되고 결과적으로 고용자에게 유리한 결과를 가져오게 된다. 즉 고용자들로 하여금 의도적으로 원치 않는 발언을 고의적으로 침묵하게 만드는 방식으로 조직을 구성하기도 한다(Cullinane & Donaghey, 2014). 따라서 제도는 발언이 억압되고 침묵이 영속화될 수 있다

록 작용한다.

이러한 침묵은 종업원의 ‘권력없음(powerlessness)’ 또는 ‘수동성(passivity)’의 반영일 뿐만 아니라 동시에 방어적이고 전략적인 수단이기도 하며 즉각적인 상황적 맥락뿐만 아니라 보다 큰 범위의 제도적, 구조적 권력 관계에 의해서 영향을 받는다(Gardezi et al., 2009). 따라서 이러한 침묵에 주목한다는 것은 상대적으로 권력을 덜 쥐고 있는 집단에 관심을 기울인다는 것을 의미한다(Gardezi et al., 2009).

반면, 노동자 입장에서의 보자면 침묵은 그들이 정보를 제공하지 않음으로써 고용관계에서 보다 영향력을 미칠 수 있다고 판단되면 작용할 수도 있다. 이러한 침묵의 관계적 교환(relational exchange)에서 완고한 고용자들에 의해서 그들의 영향력의 범위가 축소되어버리면 이를 인식한 노동자는 결국 이탈이라는 방식으로 이에 대응하는데 조직에 대한 감정적인 몰입을 억제하는 방식을 선택하게 되는 것이다(Cullinane & Donaghey, 2014).

따라서 보다 조직 내에서 침묵이 형성된 관계와 구조를 이해하기 위해서는 고용관계에서 드러나는 조직적 침묵의 폭넓은 교환 관계에 대해서 고려해야 할 것이다. 즉 노동자의 태도나 행동, 그리고 그 근처에 자리잡고 있는 동기뿐만 아니라 고용 관계에서 드러나는 “통제의 경계(frontier of control)”의 일부분으로서 침묵이 작동할 수 있음을 고려해볼 필요가 있다(Donaghey et al., 2011).

4. 조직침묵 개념화 연구의 의미와 성과

조직에서의 구성원의 침묵이 단순히 ‘발언의 부재’ 그 이상의 의미가 있고 독

립된 하나의 연구 영역으로서의 가치가 있음을 인정받았지만, 여전히 이 개념을 구성하는 구성물은 무엇인지, 조직침묵을 어떻게 조작화시킬 수 있을지, 그리고 독립변수, 종속변수, 조절변수 등은 무엇인지와 관련된 실증적 연구는 충분히 이루어지지 못한 것이 지금까지의 조직침묵 연구의 한계라고 할 수 있다.

조직 구성원은 자신이 수행하는 업무와 관련하여, 그리고 업무 외적인 이슈에 대해서도 개인적인 의견이 있고 또 이를 발언하고 싶은 경우가 생긴다. 하지만 많은 경우 조직 구성원은 이를 묵묵히 듣고만 있는데, 아무 제약 없이 발언 행동을 할 수도 있지만 주로 조직 구성원은 주로 침묵으로 반응하는 경우가 많다. 즉 조직 내에서의 발언과 침묵 행위는 조직 구성원들의 개인적인 동기에 의한 자발적인 선택이기도 하지만 동시에 여러 조직적 상황의 산물임을 보여주는 것이기도 하다(윤선영 & 권석균, 2015).

1) 조직침묵의 속성

본 절에서는 이제까지의 선행연구고찰을 바탕으로 조직 침묵이 나타내는 속성을 정리하여 조직침묵이 나타내고자 하는 맥락을 이해하는데 도움을 주고자 한다.

(1) 의도적 의사소통 행위로서의 조직침묵

침묵은 그 자체로 의도를 가지고 행하는 의사소통 행위의 하나이다. 침묵은 그 자체로 인지, 정서, 의도를 포괄하는, 발언 행동과는 구분되는 또 하나의 의사소통 방식이다(Pinder & Harlos, 2001). 그동안 침묵을 단순한 ‘발언의 부재’로서 발언의 반대개념으로 볼 것인지, 아니면 발언의 연속선상에서 다른

한 쪽 끝에 위치한 개념으로 볼 것인지에 대해서는 많은 논의가 있어 왔다. 그러나 침묵 행동에도 ‘의도’가 담겨 있기 때문에 발언과는 서로 구분되는 별개의 개념으로 보아야 함을 주장하였다(Van Dyne et al., 2003). 구체적인 말로 표현되는 것뿐만 아니라 의사표현을 할 것인가, 말 것인가를 결정하는 ‘동기’가 무엇인가, 혹은 표현 여부를 결정하는 ‘이유’에 그 차이가 있기 때문이다(Van Dyne et al., 2003; 정현선, 2013).

또한 조직 내 구성원의 ‘의사소통 행위의 억압’을 곧 침묵이라고 규정할 수 있다(Tangirala & Ramanujam, 2008). 억압(suppression)은 종업원의 내면적이고 지극히 사적인 상태를 나타내는 것이기 때문에 관찰하기 쉽지 않고 측정 또한 어렵다. 하지만 현재까지 연구자들의 이러한 주장은 이론적, 개념적 제안에 그치고 있고 이를 입증할 만한 실증연구가 충분히 이루어지지 못하고 있는 것이 사실이다(Brinsfield et al., 2009).

(2) 사회적 관계의 산물로서의 조직침묵

침묵은, 침묵하는 개인에 있어서는 인지적 산물이기도 하다. 개인은 자신의 행동에 대해서 주관적인 기대 효용(expected utility)을 계산함으로써 침묵할 것인가 말 것인가를 선택할 수 있다. 또한 이러한 침묵 행위를 선택하는 데 있어서 가장 강한 드라이버(driver)로 작용하는 것은 ‘두려움’ 혹은 ‘위기 인식(risk perception)’이라는 감정이기도 하다. 그러나 이러한 인지적, 감정적 반응의 결과물 외에도 침묵은 사회적으로 형성된, 즉 사회적 상호작용의 결과로 나타나는 결과물이기도 하다. 집단적 상호작용 속에서 개인은 타인의 반응과 행동을 관찰함으로써 침묵을 선택할 수 있다. 즉 침묵은 타인을 관찰함으로써 그리고 타인과의 상호작용을 통해 학습될 수 있다.

학습의 차원에서, 조직 분위기는 직장에 대해 공통적으로 공유된 가정을 의미한다. 이러한 조직의 분위기는 조직 구성원으로 하여금 자기강화(self-reinforcing)와 집단적 이해 형성(collective sense-making)을 통해서 상호 영향을 주고받으며 형성되는데(Bisel & Arterburn, 2012), 침묵 분위기를 조직 구성원들의 당연한 반응으로 만드는 규범적 그리고 사회적 압력에 의해서 침묵을 형성시킬 수 있다.

(3) 선택적 침묵(selective silence)과 발언과의 공존성

침묵은 침묵하는 대상이 누구인가에 따라, 또 침묵하고자 하는 내용이 무엇인가에 따라서 침묵할 것인지 말 것인지를 선택할 수 있다 (Milliken and Morrison, 2003). 그리고 한 조직 내에서 조직 구성원들 간 발언과 침묵은 공존하는 속성을 가지고 있다(Tangirala & Ramanujam, 2008). 예를 들어, 특정 사안에 대해서는 침묵하지만 다른 사안에 대해서는 발언하기도 한다. 이와 같은 행위는 특정인(많은 경우 자신의 상사나 관리자)을 대상으로는 침묵을 선택하지만 그 외의 조직 내 구성원들에게는 자신의 생각이나 의견을 발언할 수도 있는 데서 쉽게 이해할 수 있다. 선택적 침묵의 예를 들자면, 구성원들 혹은 팀원들 사이에서는 특정 사안이나 문제에 대해서 광범위한 지식이 공유되어 있고 경우에 따라서는 집단적인 토론이 이루어지기도 하였으나 최종적으로 그들의 상사에게는 이와 같은 문제를 이야기하지 않는다. 또한 이러한 대화나 토론은 사적인(in private) 대화로 받아들여져 보다 공적인 대화의 장으로 인식되고 나아가기 힘들다(Vakola & Bouradas, 2005)

(4) 역할 외 행동(extra-role behavior)으로서의 조직침묵

일반적으로 조직 내에서의 발언은 역할 부합 행동(in-role behavior)이 아닌 역할 외 행동(extra-role behavior)으로 규정된다. 이제까지의 발언과 관련

된 많은 연구들이 조직 구성원의 발언에 대한 태도와 조직시민행동(Organizational Citizenship Behavior; OCB)을 연결지어 연구해 온 것에서 그 연관성을 쉽게 찾아볼 수 있다.

침묵 행위 역시 비슷한 맥락에서 해석되는데, 발언 행위에 비해 쉽게 그 행위가 드러나지 않을 뿐만 아니라, 조직 내에서의 “침묵은 곧 동의”라는 인식이 이미 자리 잡고 있을 경우 집단의 결정에 반(反)하는 의견을 내고 싶지 않을 것이다. 특히 집단 문화가 강한 집단의 경우에는 이러한 침묵이 당연히 되는 풍조(climate) 역시 강화시킬 수 있다.

(5) 의도적인 행위 vs. 자동적인 반응

침묵 행위는, 많은 정의들에서 제시되었듯이, 목적적, 의식적 선택이기도 하지만 동시에 자동적 반응이기도 하다. 근본적으로는 목적 또는 의도를 가지고 하는 행위이지만 이는 메시지의 속성에 따라 두려움을 크게 발생시키지 않을 경우에는 자동적 반응으로 처리될 가능성이 높다. 왜냐하면 침묵은, 앞서 언급하였듯이, 역할 외 행동이라는 속성을 가지고 있기 때문이고, 반복적으로 두려움에 의한 침묵이 선택되었을 경우에는 곧 무의식적으로 자동적인 반응으로, 즉 습관적인 반응(habituated silence)으로 처리될 수 있기 때문이다(Kish-Gephart et al., 2009). 이러한 반응은 주관적으로 사안의 심각성을 인식하여 그 정도에 따라서 침묵하는 행위가 일차적인 대응으로 작동할 수 있는 가능성을 보여주는 것이다.

2) 조직침묵의 이론적 확립을 위해 남은 과제들

침묵은 타인에 대해 권력을 행사하는 수단으로서, 상대적으로 낮은 권력의 반영으로서, 또는 권력에 저항하는 수단으로서 작용하여 왔다(Gardezi et al.,

2009). 이처럼 다양하게 침묵을 해석할 수 있는 데에는 실제 의사소통하는 상황을 어떻게 평가하는가에 따라 달라질 수 있는 복잡성을 가지고 있기 때문이다. 곧 침묵을 관찰하고자 하는 이들의 불완전하고 암묵적인 추정에 의해서 걸러지거나 매개될 수 있기 때문에 실제 침묵이 일어나는 현상을 관찰하고 해석하기 어렵다는 것을 의미한다. 게다가 의사소통 방식의 핵심적인 특성상 침묵이 나타내는 그 의미들이 명료하지 않고, 그 메시지가 어떻게 전달되었는지에 따라서, 그리고 어떻게 수용되었는지에 따라서 달라지기 때문에 침묵을 객관적으로 관찰하고 측정하여 이를 규정하는 것은 어려운 작업이다.

이제까지의 조직침묵을 측정하기 위한 실증연구에서는 설문도구를 통한 양적 연구와 심층면담과 같은 질적 연구가 사용되어 왔다. 전자의 경우에는 Van Dyne et al.(2003)이 제시한 체념적, 방어적, 친사회적 침묵에 관한 문항을 도구로 활용하여 조사한 연구들이 많으나(Rhee et al., 2014; Daniz et al., 2013; 강제상과 고대유, 2014; 정현선 등, 2010), 아직까지는 조직 침묵을 구성하는 요소들을 파악하고 이론적 발전을 위해 이를 보다 폭넓게 이해하기 위한 질적 연구 방법이 많이 사용되고 있다.

질적, 양적 연구 모두 일차적으로 조직 구성원의 인식에 기반하여 침묵 행위의 선택 경험 또는 의도를 묻는데, 이는 조직 내에서 객관적으로 실재하는 침묵과 조직구성원이 인식하는 침묵이 반드시 일치하지는 않을 수 있음을 의미하는 것이기도 하다. 인식(perception)은 개인들이 그들이 속한 환경에 의미를 부여하기 위하여 감지된 인상들(sensory impression)을 조직하고 해석하는 과정을 의미한다(Robbins & Judge, 2012). 이렇게 인식한 것은 실질적으로 존재하는 객관적인 현실과는 다를 수 있다. 그러나 일반적으로 이러한 인식이 중요한 이유는, 사람은 현실 그 자체 보다는 ‘무엇이 현실인가’를 인식하는 사람들의 지각에 근거하여 행동하기 때문이다. 따라서 많은 요인들이 인

식을 형성하기도 하고 때로는 인식을 왜곡하기도 한다. 따라서 조직 침묵의 경우, 침묵이 내포하고 있는 속성 상, 객관적인 관찰 및 측정이 어렵기 때문에 침묵 행위의 당사자 또는 침묵을 관찰하고 경험한 인식을 근거로 하여 조직 침묵 현상을 탐색하는 방법이 가장 바람직하다.

5. 병원 조직에서의 침묵

1) 병원의 구조적, 환경적 특성

병원과 같이 복잡한 조직에서는 의료사고에 의한 환자 사망과 같이 치명적인 사건(sentinel event)³⁾ 이후에 따르는 공식적인 조사보다는 매일매일의 서비스 제공 과정에서 드러나는 작고 미미한 실수에 더 큰 관심을 가지고 이를 고쳐나가는 것이 보다 효율적이다(Edmondson, 2004). 왜냐하면 이와 같은 서비스 제공 과정에서 드러나는 사소한 실패(process failure)는 보다 치명적인 사고를 사전에 예방하고 피할 수 있는 중요한 조기 경고 징후로서 기능할 수 있기 때문이다. 이처럼 환자 안전을 위해서는 환자 치료와 관련하여 사소한 실패에 대해서도 개방적으로 의사소통이 이루어지는 것이 효율적이나 실제 대부분의 병원에서는 이러한 의사소통이 실현되지 못하는 구조와 문화를 가지고 있는 것이 현실이다. 따라서 병원 조직에서의 조직침묵을 연구하기 위해서는 우선 병원 조직의 구조적 특성과 조직 문화에 대해서 이해할 필요가 있다.

3) defined as “any unanticipated event in a healthcare setting resulting in death or serious physical or psychological injury to a patient or patients, not related to the natural course of the patient's illness” by The Joint Commission(TJC), 2006.

(1) 서비스 조직으로서 병원

업무 환경적 측면으로 보자면 병원조직은 다른 서비스 조직과 비슷한 점을 가지고 있다. 예를 들면 업무 수행 시 시간적 제약(time pressure)이 존재하고, 업무량을 쉽게 예측하기 어려우며(unpredictability in workload), 다른 서비스 조직에서의 일선 직원처럼 병원의 일선 간호사들은 상대적으로 낮은 지위를 가지고 있다는 것이다. 또한 간호사들은 타 부서나 직종으로부터 여러 정보나 물품 공급에 크게 의존하고 있다(Tucker & Edmondson, 2003). 이러한 조직적 특성 하에서 간호사들이 수행하는 과업의 특징은 지식 집약적이고 변동이 심하며, 서비스 대상자인 환자의安危와 안전을 위해서 간호사의 직접적이고 물리적인 서비스의 제공이 이루어진다는 점을 들 수 있다. 앞서 언급한 특징들은 일선 간호사로 하여금 실제 업무를 수행하는 동안 병원 시스템을 개선할 필요성에 대한 인식을 떨어뜨리게 하는 경향이 있다는 것이다(Tucker & Edmondson, 2003).

(2) 효율성을 강조하는 시스템

현재 대부분의 병원 시스템은 인원을 감축하고 비용 절감 등을 통해 효율성을 강조하는 시스템으로 운영되고 있다(Edmondson, 1996). 인원 감축과 과도한 업무 과부하는 결과적으로 의료 과오들이 발생할 수 있는 조건으로 작용하고, 효율성을 지나치게 강조하는 시스템은 일선에서 문제가 발생했을 때 근본적인 원인을 찾고 이를 고쳐나갈 수 있도록 형성된 시스템이 아니라 ‘임시방편적 해결(quick fix)’에 의존하려는 경향이 강하기 때문에(Edmondson, 2004; Henriksen & Dayton, 2006), 이러한 병원 시스템 하에서는 구성원으로 하여금 안전하지 못한 근무 환경에 대해서 근본적인 원인을 찾기 위해서 더욱더 일선 구성원들의 솔직한 의견과 우려를 수렴해야 하지만 실제로는 그

렇지 못하다. 그러나 이러한 작은 실수들을 대수롭지 않게 여기면 후에는 더 큰 실수로 이어지게 된다. 환자 안전 차원에서도 마찬가지로 이처럼 작은 실수조차 개방적으로 자유롭게 이야기되지 못하는 분위기에서는 예방 가능한 큰 사고를 막을 수 없게 될 것이다(Edmondson, 2004).

(3) 중앙집권적 의사결정과 위계 구조

병원에는 업무 환경 자체가 스트레스가 높은 환경이기 때문에 업무의 신속한 처리를 위해서 집단적이고 민주적이기 보다는 중앙집권적(centralized)이고 위계적인 구조를 가지고 있는 특징이 있다(Nembhard, & Edmondson, 2006).

2) 병원의 조직 문화

(1) 독립적이고 개별적인 단위 문화와 의사소통 방식

병원 문화는 단일하게 드러나기 보다는 마치 여러 개의 ‘조각보’와도 같이 매우 다양하고, 개별 단위에서의 문화는 그 집단의 리더의 행동에 따라 크게 좌우되는 특징을 가지고 있다(Edmondson, 2004). 즉 개별 하위 단위로서의 병동이나 부서는 사회적 환경(social environment)에서 상당히 차이가 있는데 그 이유는 간호 관리자들의 리더십 스타일에 큰 영향을 받기 때문이다(Henriksen & Dayton, 2006; Edmondson, 2004). 단적인 예로, 한 병원 내에서 동일한 의료 과오와 같은 매우 민감한 사안이 발생했을 때 이를 처리하는 과정과 결과로부터 공유하는 신념에서 큰 차이가 있음을 확인할 수 있다. 즉 발생한 과오에 대해서 공개적으로 적극 거론하고 논의하는 팀은 추후에 이와 같은 과실의 재발을 막을 수 있었지만, 이와 같은 과오에 대해서 여전히 침묵을 유지하였던 팀에서는 추후에 이를 방지할 수 있는 기회를 갖지 못하였다는 것이다.

이러한 공유된 믿음 혹은 공유된 가정은 이미 팀 내에서 암묵적인 것으로 받아들여지고 있어 구성원으로 하여금 이에 대해 더 이상의 의문이나 생각을 요구하지 않는 “제 2의 천성(second nature)”으로 굳어져 버리게 된다(Henriksen & Dayton, 2006). 즉 자동적이고 그냥 당연시되는 상황을 만들고 그 집단만의 고유한 문화(organizational microculture)가 형성되어 집단의 상호의존적인 종사자들 사이에서 강한 힘을 발휘한다(Edmondson, 2004).

(2) 실수를 인정하지 않으려는 의료 문화

이미 병원에서 환자 치료가 이루어지는 지점에서의 의료진들 사이에서는 환자에게 해를 줄 수 있는 의료진들의 실수를 찾아내고 이를 고칠 수 있는 질문이나 우려, 여러 문제들에 대해서 직접 말하기 꺼려하는 분위기가 형성되어 있다. 이는 전반적인 의료 문화가 의료인으로 하여금 자신이 저지른 과오를 인정하기를 꺼려하는 데에도 기인한다(Edmondson, 2004). 이러한 일선의 의료인들이 엄격한 분위기와 경직된 문화는 조직 내에서의 침묵 분위기를 형성시키는 충분조건이 될 수 있다. 일선에서의 의료인은 이러한 분위기를 암묵적으로 평가하고 이러한 과정들은 토론이나 실수 또는 문제점들에 대한 분석이나 토론과 같은 행동에 크게 영향을 미치게 되어 결국 병원조직으로 하여금 실패로부터 조직이 학습할 수 있는 기회를 잃게 되고, 환자에게는 더욱 안전하지 못한 환경을 제공하는 결과를 초래하게 될 것이다.

(3) 축소보고(under-reporting) 문화

효과적인 의사소통과 팀 워크 기술은 전문 보건의료인으로 하여금 환자안전을 증진하는데 매우 중요한 요소들이다(WHO patient safety curriculum guide). 이를 위해서는 집단의 일원으로서 의견을 말하고 공유하는 것에 대해서 이를 개방적인 태도로 받아들여야만 한다. 그럼에도 불구하고 현실 속에서

의료인들은 자신과 다른 팀원과의 의견 차이에 대해서 침묵하려는 경향을 보인다. 이는 자신이 타인과 다른 의견으로 인해 단합된 팀 워크나 분위기가 깨지는 것을 원하지 않는 속성을 지니고 있기 때문이다. 병원에서의 보고(reporting 또는 error reporting)는 매우 중요한 의사소통 수단이나 실제 이러한 보고 문화는 ‘혼나고 꾸중 듣는 문화’라고 해도 과언이 아니다. 따라서 이러한 보고 문화는 의료인으로 하여금 두려움을 형성시키고 팀 또는 조직 내에서의 개인이 느끼는 심리적 안전감(psychological safety)을 저하시킨다(Edmondson, 1999). 두려움은 침묵의 분위기를 형성시키게 되는데 이는 다시 더 큰 사고를 가져올 수 있는 조건을 형성시키는 것이다. 결국 병원 조직은 의도하든 의도하지 않던지 내부 구성원들이 부딪는 문제점들과 과오로부터 학습할 수 있는 기회를 스스로 상실하고 침묵을 유지하게 되는 것이다.

이와 관련하여 Attree(2007)는 영국 간호사들을 대상으로 연구에서, 간호사들은 병원이 ‘폐쇄적이고, 은폐적이며, 비난하는’ 조직 문화가 있다고 인식하고 있어 간호사로 하여금 환자 안전과 관련된 사안을 덜 보고하는 경향이 있다고 보았다.

우리나라에서도 병원의 의사를 대상으로 시행된 의료 과오 보고에 대한 인식과 태도에 대한 연구에서(김정은 등, 2005), 병원의 수련의는 전문의에 비해 ‘환자에게 위해가능성이 있을 경우 의견을 개진’하거나 ‘이견이 있을 때 상급자에게 자유롭게 발언을 하거나’, ‘상관의 결정이나 행동에 대해서 자유롭게 의문을 제기’하는 등의 발언 행위를 꺼리고 자유로운 의사소통 행위에 대한 우려를 가지고 있다고 보고하였다. 따라서 보다 개방적인 분위기가 존재하기 위해서는 조직 구성원들은 그들이 염려하는 것들이 잘 받아들여지고 구성원 혼자 개인적으로 고통받지 않도록 하는 분위기가 형성되어야 할 것이다(Morrison & Milliken, 2000).

(4) 의사 주도의 병원 문화

병원 문화는 간호사의 돌봄 문화보다는 의사의 치료 문화가 주도하고 있다. Canam(2008)은 의사가 주도하고 있는 현 병원 시스템에서는 경험적 지식에 근거한 기술적 합리주의 담론이 간호사 집단의 돌봄 담론보다 훨씬 우세하기 때문에 간호사로 하여금 그들 스스로를 침묵하게 만든다고 보았다. 즉 보건의료체계의 권력 관계에서 의사에 의해서 헤게모니를 장악 당했고 간호사 그들 자신을 표현할 수 있는 담론 체계를 갖추지 못했기 때문에 결국 침묵할 수밖에 없었다고 보았다. 결론적으로 의사 전문직에 의해 주도되는 병원 시스템은 간호사 집단으로 하여금 체제에 순종하도록 만들고, 간호사들의 업무 환경은 침묵 행위를 선택할 수밖에 없는 충분조건으로 작용하는 것이다(Canam, 2008).

(5) 간호사의 억압적인 집단행동(OGB)

‘간호사는 억압되어 있는 집단(oppressive group)’이라는 개념적인 해석과 권력 관계가 간호사의 병원에서의 개방된 의사소통 환경 형성에 중요하게 작용하고 있다(Roberts, 1983; Garon, 2012). 억압적인 집단행동(Oppressive Group Behavior; OGB) 이론에 의하면, 간호사는 병원조직 내에서 스스로를 침묵시켜 왔다. 직설적이고 거리낌없이 말하지 않고 침묵함으로써 간호사는 갈등을 피하고 현 상황을 유지할 수 있으며 전통적인 ‘좋은 간호사(good nurse)’개념에 충실하는 것이라고 믿고 있기 때문이다(Roberts et al., 2009).

의료에 의해서 주도되는 현재의 병원 시스템 하에서는 의사들이 권력을 가지고 다학제적인 팀을 이끌고 있기 때문에 간호사들은 팀 상호작용 속에서 침묵을 강요받는다고 믿고 있다(Malloy et al., 2009). 간호사들의 ‘권력없음

(powerless)’은 권위 앞에서는 두려움과 낮은 자존감으로 인해 순종적이고 동시에 스스로를 침묵하는 특징을 갖게 되며, 체제에 도전하기 보다는 ‘회피(avoiding)’와 ‘타협(compromising)’이라는 관리 전략을 선택하게 된다(Roberts et al., 2009). 특히 간호사는 ‘간호사’인 동시에 ‘여성’이라는 사회화의 과정을 겪기 때문에 이중적으로 억압되어 있어(doubly oppressive) 보다 이러한 수동적인 역할에의 학습을 더욱 강요받는다고 보고 있다(Roberts et al., 2009).

3) 병원 조직에서의 침묵의 의미

보건의료 조직, 특히 고신뢰 조직(High-Reliability Organization)인 병원이 갖는 중요한 특징 중의 하나는 바로 여러 직종에 걸친 다수의 구성원들 간 협력에 의해 고도의 의료 서비스가 제공되고, 따라서 이들 구성원들 사이에는 상호의존적인 관계가 형성되며 이러한 과정을 효과적으로 달성하기 위한 도구로서 팀 워크(team work)를 강조한다는 것이다(Baker et al., 2006). 효과적인 팀이 갖는 특징은 자연스럽고 편안한 환경을 조성하고 모든 팀원이 팀의 토론 과정이나 과업에 적극 참여하며 서로를 존중하고 화해를 통해 의사결정이 이루어지며 건설적인 방향으로 비판과 문제해결이 이루어진다. 따라서 팀워크를 강조하는 병원 조직에서 나타나는 침묵이 나타난다면, 이는 의료 서비스의 집단 내 역학(dynamics)에서 발생하는 도덕적이고 윤리적인 책임의 문제로 인해서 발생하는 것일 수 있다(Eriguc et al., 2014).

보건의료 분야에서의 조직침묵에 관한 연구는 그리 많지 않다. 그럼에도 불구하고 병원조직에서 발생하는 침묵 현상에 관하여 제시된 연구들의 결과를 보면 보건의료 분야에서 종사하는 구성원들의 침묵으로 인한 대가는 매우 심각

할 수 있음을 보여준다. 일례로 미국의 한 연구 결과에 의하면(Maxfield et al, 2005), 위해가 가해질 수 있는 잘못된 의학적 판단이 일어났음을 목격한 의사, 간호사 등 임상 의료진들 중 이에 대해 동료에게 직접적으로 맞서 의견을 제기한 의료진은 10% 미만에 불과했다고 한다. 의사 5명 중 1명은 결과적으로 환자에게 위해가 가해지는 것을 목격했다고 말했는데, 그럼에도 불구하고 의료인들은 자기 확신이 부족하거나(lack of confidence), 자신이 개입했을 때 나타날 결과에 대한 우려, 보복에 대한 두려움 등을 이유로 동료들과 이에 대해 의사소통하지 않는다고 답하였다.

조직침묵의 개념을 병원과 같은 보건의료조직에 적용하여 Henriksen & Dayton(2006)은 조직 내에서의 침묵이 개인적, 사회적, 조직적 수준에서 나타나는 여러 요인에 의해서 환자 안전(patient safety)에의 잠재적인 위협이 될 수 있다고 지적하였다. 각각의 수준에서 나타나는 요인들을 살펴보면, 우선 개인적인 수준에서는 가용성 휴리스틱(availability heuristic)⁴⁾, 자기 본위적 편향(self-serving bias)⁵⁾, 현상 유지 본능(Status Quo Trap)⁶⁾이, 사회적 요인들로는 집단적 동조(Conformity)⁷⁾, 책임감의 분산(Diffusion of Responsibility)⁸⁾, 불신의 풍조(Microclimates of Distrust)⁹⁾, 그리고 마지막

4) 어떤 사건의 특수한 예들이 얼마나 쉽게 떠올려지는가에 따라 그 사건이 얼마나 자주 발생하는지 그렇지 않은지를 판단하는 것을 의미한다.

5) 자신을 보호하기 위해 모든 일을 본인에게 유리하도록 귀속시키려고 하고 부정적인 결과에 대해서는 자신보다는 외부적인 요인을 탓하려는 경향을 의미한다.

6) 조직 구성원은 현상을 유지하려는 경향이 강한데, 아무 것도 하지 않은 채 침묵하고 있으면 개인에게는 심리적 위험이 줄어들게 된다.

7) 압력이 있는 사회적 규범이나 대다수의 의견 등에 개인의 의견이나 행동을 동화시키는 경향. 무엇이 옳바르고 적절한 행동인지 여부가 모호한 상황에서는 틀리지 않고자 하는 욕구에서, 그리고 타인으로부터 인정받고 불인정을 피하고자 하는 욕구에서 발생한다.

8) 사람이 집단 속에 있을 때에는 개별적으로 할당된 과업을 책임지는 것에 비해 공동의 목표를 추구할 때 책임감을 덜 안으려는 경향을 보인다. 집단 내에서 표준화된 절차(standardized protocol)가 부재하다면 개별 구성원의 책임과 역할을 명시되기보다는 종종 가정되기 쉽기 때문에 나타난다.

으로 조직적 수준에서는 불변의 신념들(Unchallenged beliefs)¹⁰⁾, 훌륭한 공급자 오류(Good Provider Fallacy)¹¹⁾, 상호의존성의 무시(Neglect of Interdependencies) 등과 같은 요인들이 조직침묵을 더욱 강화시킬 수 있다고 지적한 바 있다(Henriksen & Dayton, 2006).

4) 병원 간호사의 침묵의 의미

병원조직에서의 간호사들이 환자 치료(patient care)와 환자 안전에 있어서 핵심적인 역할을 담당하고 있다는 사실은 부인하기 힘들다(IOM, 2010). 따라서 간호사의 환자 간호나 근무 조건에 대한 그들의 관심과 염려에 대해서 충분히 의사소통하는 것은 매우 중요한 일이다(Garon, 2012). 이는 환자 안전 뿐만 아니라 간호사 자신의 직업 만족(job satisfaction)나 건강한 업무 환경과 팀워크 조성을 위해 필수적인 요소이기도 하다(Heath et al., 2004). 그러나 대부분의 병원조직에서 간호사를 포함하여 구성원들 간 의사소통은 여전히 큰 문제로 남아있다(IOM, 2010). 특히 병원조직에서 일어나는 의사소통의 문제는 대부분 의료 과실(medical error)이나 안전하지 못한 관행들(unsafe practices)과 연관되어 있기 때문에(Stone, 2002; Maxfield et al., 2011), 이들 간 의사소통에서 나타나는 침묵의 현상을 간과해서는 안 될 것이다.

9) 병원마다 다른 사회적 환경, 또는 같은 병원 내 집단이라 하더라도 관리자의 리더십 스타일에 따라 의료과실과 같은 민감한 사안에 대해서 발언한 결과는 매우 다르게 나타날 수 있다. 이는 간호단위와 같은 개별 하위수준에서의 리더십 스타일의 차이에서 비롯되는 것인데, 근저에 깔린 서로 다른 공유된 가정과 믿음들이 암묵적으로 받아들여지고 제 2의 천성이 되기도 한다.

10) 조직이 외부로부터 능력이 뛰어나고 유명한 전문가를 영입하면 자동적으로 조직의 문제가 해결될 것이라는 믿음, 집단사고(groupthink)적 경향 등을 의미한다.

11) 의료 전문가들이, 자신들만이 뛰어난 전문가라고 생각하는 오류이다.

6. 병원 간호사의 조직침묵을 어떻게 정의할 것인가?

병원 간호사의 조직침묵을 정의하기 위해서는 우선 병원조직에서 일어나는 침묵 현상으로 인해 나타나는 조직 결과로서 무엇을 강조할 것인가를 먼저 규정해야 한다. ‘무엇을 침묵하는가’ 즉 침묵의 내용에 따라서 조직에 미치는 결과의 파급력이 달라질 수 있기 때문이다. 핵심 의료 인력 간 긴밀한 협력이 요구되는 병원 조직의 경우, “병원 조직 내에서 자신의 조직이나 직업과 관련된 사안에 대해 구성원이 자신이 생각과 의문, 염려, 의견, 관련 정보 등을 의도적으로 표현하지 않는 것”을 조직침묵이라고 정의할 수 있다.

조직에 미칠 결과적인 측면에서 정의하여 본다면, 우선 병원 조직의 우선적인 서비스 대상자인 환자에게 실질적으로 또는 잠재적으로 위해가 가해질 수 있는 사안이나 절차에 대해서 보고하기를 꺼려하거나, 우려할만한 의견을 제시하기 주저하는 것, 병원 시스템 및 업무 환경의 변화를 위해 자신이 가지고 있는 정보와 의견을 표현하지 않는 것 등이 구체적인 현상이 경험으로 포함될 수 있다. 즉 전반적인 ‘환자 안전’이나 의료의 질에 위해가 발생할 수 있는 여러 구조와 절차에 대해서 문제제기를 하거나 의견을 드러내지 않고 이에 대해서 침묵하는 것을 조직침묵으로 정의할 수 있다.

따라서 병원 간호사의 병원 조직 내에서의 업무와 관련된 사안은 직접적으로 서비스 대상자인 환자에게 중대한 영향을 미치기도 하지만, 그와 동시에 간호사 성원 자신의 조직 생활에서의 만족도 등과도 관련된 것이기 때문에 개별 간호사들이 인식하고 경험하는 침묵 상황과 행위의 선택(perceived silence)을 모두 포괄하여 조직침묵의 정의의 범위에 포함하고자 한다.

7. 고찰 결론 및 본 연구의 의의

이제까지의 조직침묵에 관한 연구의 주요 흐름은 조직 침묵을 개념화하고 침묵 행위를 선택하도록 유발시키는 원인적 요인들, 그리고 침묵행위의 선택을 통해 나타나는 결과들을 중심으로 연구가 이루어져왔다. 침묵의 동기와 행위는 결과적으로 발언 행위의 실패를 의미하는 것이기 때문에(Morrison, 2014), 침묵하지 않으려는 즉 발언을 선택할 수밖에 없는 동기들 역시 같이 고려되어 연구되었음을 알 수 있었다. 그리고 이러한 조직적 침묵에 관한 대다수의 선행 연구들은 침묵 행위의 선택이라는 심리적 결정 과정에 초점을 둔 연구들이 대다수였다. 발언이 아닌 침묵을 선택할 수밖에 없었던 맥락(context)과 상황들(conditions) 역시 이러한 개인의 심리적 과정을 좀 더 상세히 설명하기 위한 배경 요인들로 제시되었을 뿐이다.

조직에서의 침묵을 구성원의 침묵 동기의 산물로만 해석하려는 시도는, 조직 침묵이 조직 결과에 부정적인 결과를 가져올 것이라는 결론에 대해서는 동의하고 있지만 이로부터 도출될 수 있는 관리적 함의는 결국 조직 침묵을 줄여나가기 위해 노력해야 한다거나, 경영자나 관리자들이 조직침묵에 좀 더 관심을 가져야 한다는 일반적인 수준에 머물고 있어 조직에서의 관리의 역할과 중요성을 간과하고 있다는 지적 또한 유념해 두어야 할 것이다(Donaghey et al., 2011).

더군다나 조직침묵의 이론적 개념을 명확히 하기 위한 실증 연구와 이를 객관적으로 뒷받침할만한 연구들(Tangirala & Ramanujam, 2008; Vakola & Bouradas, 2005; Milliken et al., 2003)은 소수에 불과하여 조직침묵과 관련하여 광범위하게 제시된 개념들을 충분히 검증하지 못하고 있어 여전히 침

목 행동을 이론적으로나 실증적으로 명확하게 설명할 수 있는 모형은 갖춰지지 못하고 있으며 여전히 숨은 변수(hidden variables)의 가능성을 열어놓고 있다(Morrison, 2014; Brinsfield, 2013; 2009). 더군다나 보건의료 조직에서의 침묵에 관한 연구는 찾아보기 힘들어 보건의료 조직에서의 침묵을 구성하는 요인들에 관한 개념적, 실증적 연구가 필요한 실정이다.

조직침묵의 연구의 제한점으로 조직 침묵의 부정적인 현상에 대한 인식이 부족하고 침묵을 측정할 수 있는 도구의 개발이 미비하여 측정이 용이하지 않다는 점도 있겠으나(Vakola & Bouradas, 2005; Van Dyne et al., 2003), 개념 자체가 침묵의 주체(actors), 동기(motives), 주제와 쟁점(topics or issues), 그리고 침묵의 대상(target)이 누구인가에 따라서 다르게 나타나는 다면적인 구성체(multifaceted constructs)라는 근본적인 속성이 있기 때문이기도 하다(Brinsfield, 2013; Pinder & Harlos, 2001; Morrison & Milliken, 2000). 또한 설문조사와 같은 도구적 방법은 침묵하는 당사자들이 인식하는 침묵의 경험을 왜곡시킬 수 있기 때문이다(Pinder & Harlos, 2001).

따라서 우리나라 병원 조직에서의 침묵 현상에 대한 선행 연구가 미미하고 병원조직의 조직침묵을 이해하고 설명할 수 있는 구성 개념이 명확하지 않기 때문에, 본 연구는 우리나라 병원 간호사들이 인식하고 경험하는 조직침묵의 현상을 병원 조직에서의 조직침묵 정의에 기반하여 제시하고 이러한 침묵 현상을 설명할 수 있는 맥락들을 구성하는 요소들과 이들 간 관계와 의미를 탐색하는데 의의가 있다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 병원 간호사를 대상으로 이들의 조직침묵을 구성하는 요소와 이들 간 관계가 조직의 구조와 절차 속에서 형성되어 있는지를 탐색하기 위해 병원간호사들을 대상으로 질적 연구 방법을 적용하였다.

2. 연구 문제

앞서 선행연구 고찰을 바탕으로 하여 본 연구에서 주요하게 탐색하고자 하는 연구 문제는 다음과 같다.

연구문제 1. 우리나라 병원 간호사의 조직 침묵의 개념과 현상은 어떻게 구성되는가?

연구문제 2. 병원 간호사의 침묵을 구성하는 범주들은 무엇이 있으며 범주들 간 관계와 맥락은 어떻게 형성되는가?

3. 연구 방법: 근거 이론적 접근

본 연구에서는 우리나라 병원의 조직침묵을 구성하는 중심 개념을 탐색하기 위한 분석 방법으로서 Creswell(2007)이 제안한 질적 연구의 다섯 가지 방법 중 근거 이론(Grounded theory)을 기반하여 연구를 수행하였다. 근거 이론 방법은 자료 그 자체에 근거를 둔, 이론을 구성하기 위해 질적 자료를 수집하고 분석하는데 필요한 체계적이지만 유연한 지침을 의미한다(Charmaz,

2006). 즉 실질적인 경험 자료를 근거로 하여 이론을 만들어가는 과정으로 (Glaser & Strauss, 1967), 이는 추상화된 개념들로 형성된 공식 이론 (formal theory)이 아니라 실제 현장에서의 경험을 수집하고 이러한 경험 자료들이 가지고 있는 범주를 찾고 도표화하거나 연결화(mapping)하여 그것들 간의 구조를 엮어 기존의 이론체계에 없었던 새로운 이론화를 하는 것을 의미한다. 따라서 단순한 서술연구를 넘어서서 설명 가능한 이론적 틀을 제시하며, 이를 위해 연구자가 수집한 ‘풍부한’ 자료는 참여자의 관점, 감정, 의도, 행동과 함께 그들의 삶이 처해 있는 맥락과 구조를 드러내주는 역할을 하고, 이론적 기반을 형성함은 물론 자료 분석을 통해 연구자가 구성하려는 개념을 만들기 위해 쓰여 진다(Charmaz, 2006).

4. 연구 대상 선정 및 자료 수집

1) 연구 대상자 선정

본 연구는 우리나라 병원조직의 구성원 중 직접 환자 간호 업무를 수행하고 있는 간호사 성원을 대상으로 하였다. 간호사 성원은 병원 조직 구성원 중 가장 많은 수를 차지하고 있고, 의사 등 타 의료 인력과 함께 병원의 핵심 서비스인 환자 치료에 직접 관여하고 있어 질적인 측면에서도 조직의 결과에 매우 중요한 영향을 미치고 있는 직종이다. 또한 병원 인력을 구성하고 있는 여러 직종의 하나로서 병원 조직 내에서 직업적 특성이 조직침묵이라는 현상에 어떻게 반영될 것인지에 대한 연구적 관심 또한 간호사 성원을 본 연구의 연구 참여자로 선정한 이유이기도 하다.

특히 병원 간호사 집단은 병원 업무 현장에서의 다면적인 특성을 반영할 수

있는 연구 대상 집단이 되는데 매우 적절하다. 왜냐하면 간호사 집단은 면허를 소지한 대표적인 의료전문직으로 분류되나 병원에 고용되어 행정적으로 통제되어 있으면서 동시에 독립적으로 업무를 수행하지 못하고 의사직의 업무 지시에 의해 노동이 규정되는 이중 권위구조 하에 놓여있기 때문에(조병희, 2006), 이러한 이중 구조 속에서 이들의 노동의 구조와 행위의 성격이 실제 이들의 침묵의 선택에 잠재적으로 어떻게 영향을 미치고 있는지를 탐색하는 것이 의미가 있을 것으로 기대된다.

게다가 직접 환자 간호 업무를 담당하고 있는 병원 간호사 성원들은 일반적으로 병동이라는 소집단으로 구분되어 팀을 이루어 업무를 수행하므로 침묵 행위에 영향을 주는 개인 수준, 조직 수준뿐만 아니라 집단(group) 또는 팀(team) 수준에서 집단 내부의 구성원들 간 상호작용과 관계가 어떻게 업무 환경에 영향을 미치며 결과적으로 침묵의 분위기 형성과 행위의 선택에 영향을 미칠 것인가를 파악할 수 있을 것이다.

2) 연구 참여자의 특성

본 연구에서는 연구 수행 시점에 병원에 근무하고 있는 간호사를 주요 대상으로 하였으나, 병원에 근무하였으나 현재 사직한 간호사 역시 인터뷰의 대상에 포함시켰다. 그 이유는 현재 병원 간호사직에 근무하고 있지 않았더라도 근무 중의 침묵과 관련한 여러 개인적인 경험과 의견을 표현하는데 문제가 없을 것이라고 판단하였기 때문이다. 오히려 사직한 간호사들을 대상으로 면접을 실시하였을 경우, 면접 당시 병원에 근무 중이었던 간호사들에 비해서 좀 더 솔직한 답변을 들을 수 있었다.

또한 연구 참여자 선정 시 병원 간호부를 통해 명단을 전달받아 면접을 실시

하였을 경우, 간호부로부터 일차적인 대상자가 걸러지는 효과가 나타나 면접에 참여한 간호사들이 매우 조심스러운 반응을 보이고 보다 적극적으로 면접에 응하지 못한 점이 발견되었다. 따라서 이후 본 연구에 참여한 대상자 수집은 임의표집 추출법(snowballing)을 통하여 선정하였다. 본 연구의 참여자의 기본적인 정보는 다음의 [표 3]과 같다.

[표 3] 심층 면접의 연구 참여자 기본 정보

ID	지역	근무지	근무경력	직급	비고
A	서울	"가"병원 신경과 병동	10개월	평간호사	
B	서울	"가"병원 내과 병동	5년 5개월	평간호사	
C	서울	"가"병원 내과 병동	2년 5개월	평간호사	
D	서울	"나"병원 재활의학과 병동	1년 6개월	평간호사	
E	서울	"나"병원 내과계 중환자실	2년	평간호사	사직
F	서울	"나"병원 임상시험센터	11년 2개월	평간호사	
G	서울	"다"병원 신경외과 병동	2년	평간호사	사직
H	서울	"다"병원 흉부외과 중환자실	3년	평간호사	
I	서울	"다"병원 내과 병동	4년	평간호사	
J	서울	"가"병원 신경과 병동	10년 2개월	평간호사	
K	서울	"다"병원 응급실	1년	평간호사	사직
L	서울	"다"병원 응급실	4년	평간호사	
M	서울	"라"병원 일반외과 ^{주)}	11년 11개월	전담간호사	
N	강원	"마"병원 외래상담센터	14년 4개월	전문간호사	
O	강원	"바"병원 혈액종양내과 ^{주)}	11년 11개월	전담간호사	
P	강원	"마"병원 혈액종양내과 병동	11년 2개월	책임간호사	
Q	서울	"가"병원 신경과 병동	3년 1개월	평간호사	
총계		17명	-	-	-

주) 전담간호사의 경우, 병원마다 다소 차이가 있으나 진료과 소속으로 한 개 이상의 병동에서 근무를 하고 있어 별도의 소속 병동을 명시하지 않았음

3) 자료 수집 방법

본 연구를 위한 자료 수집은 일대일 심층면담 방법(face to face in-depth interview)을 이용하였다. 질문의 구성은 본 연구의 큰 틀에서 벗어나지 않도록 연구 참여자의 실제 참여했던 경험과 의견을 자유로이 드러내는데 방해가 되지 않기 위해 반 구조화된(semi-structured) 방식을 취하였다. 즉 조직침묵과 관련하여 침묵 행위 또는 침묵현상의 경험 유무, 침묵의 동기와 이유, 침묵의 결과 등 연구 참여자의 경험을 확인하기 위한 질문을 기본적으로 구성하되 구체적으로 침묵을 구성하는 맥락과 상황적 요인들 간 관계를 탐색하기 위해서 연구 참여자의 답변에 근거하여 후속질문을 구체적으로 이어갈 수 있도록 하였다(표 4).

연구 참여자와의 면접 시 간호사의 침묵에 대한 인식 및 경험, 그리고 침묵의 맥락을 확인하기 위해서, 침묵을 인식했던 상황과 그 상황과 관련하여 중요한 행위나 사건에 대한 구체적인 상황, 그리고 그와 같은 경험에 대해서 연구 참여자가 부여하는 의미 등이 포함될 수 있도록 질문을 구성하였다. 이를 위해서 서술적 질문들(설명해 주시겠습니까, 예를 들어 주시겠습니까, 경험을 말씀해 주시겠습니까), 구조적 질문들(어떤 것들이 포함되지요? 그것의 특징은 무엇입니까?), 대조적 질문들(~와 비교해서 말씀해 주시겠습니까?) 등의 다양한 질문 기법들을 사용하였다.

심층면접의 진행은 크게 세 단계로 나뉘었는데, 우선 연구 참여자가 자신의 소개 및 업무 등에 대한 대략적인 소개를 할 수 있도록 일반적인 질문을 구성하였고, 연구자가 본 연구의 취지와 목적을 설명하였다. 특히 본 연구 주제인 조직 침묵에 대한 개념 설명을 제시함으로써 연구 참여자가 연구 주제에

[표 4] 심층면접 시 질문의 구성

연구 문제	주요 질문
1. 병원 간호사의 조직침묵의 개념과 현상은 어떻게 구성되는가	1. 병원(또는 병동)에서 근무를 하시면서, 하고 계신 업무와 관련하여 문제점을 느끼시거나 의견이나 생각을 말하지 않고 침묵하신 경험이 있습니까? 있다면 무엇이었습니까? 2. 침묵행동을 선택하셨다면(또는 침묵현상을 경험하셨다면) 그 이유는 무엇입니까? 3. 침묵행동을 하게 된, 또는 침묵현상이 나타나게 된 주요한 원인, 조건, 상황은 무엇이라고 생각하십니까?
연구문제	후속 질문
2. 병원 간호사의 조직침묵을 구성하는 핵심범주들 간 관계와 맥락은 어떻게 형성되는가	1. 서술적 질문들 - 근무를 하시면서 부당하다고 느끼신 일을 보다 구체적으로 말씀 해주시겠습니까? - 병동 내에서 어떤 경험을 가지고 계신지 구체적으로 말씀해 주시겠습니까? - 선생님의 상사에 대해서 어떻게 평가하고 계시는지 구체적으로 말씀해 주시겠습니까? 2. 구조적 질문들 - 선생님께서 근무하고 계신 병동은 다른 병동과 비교해서 구조나 업무적 특성 등에서 차이가 있습니까? 3. 대조적 질문들 - 이전에 계셨던 병동에서의 경험과 비교해서 말씀해주시겠습니까? - 이전 병동(혹은 전임) 수간호사님과 비교해서 말씀해주실 수 있습니까?

※ 후속질문은 기본 질문 이후 연구자와 연구 참여자 간 상호작용을 통해 도출하였음.

맞는 자신의 경험을 쉽게 회상할 수 있도록 도왔다. 특히 조직 침묵의 개념적 이해를 돕기 위해서 앞서 내린 병원 조직에서의 정의를 제시하고 구체적으로 드러낼 수 있는 상황들을 제시하여 연구 참여자가 이를 충분히 인지하도록 하였고 자신의 경험이나 인식에서 이러한 조직 침묵 개념이 내포될 수 있도록 하였다.

두 번째 단계인 연구 참여자인 간호사가 속한 병동에서의 침묵 경험과 침묵

행위의 선택 유무 등을 묻고 보다 구체적으로는 침묵의 분위기가 형성되게 된 조직구성원 간의 상호작용과 이에 대한 간호사의 주관적인 인식을 묻는 등의 순서로 질문이 이루어졌다. 또한 침묵의 경험 및 침묵 분위기의 인식 등, 본 연구의 주요한 질문을 이끌어 내기 위해 우선적으로 연구 참여자가 근무하고 있는 병동 및 업무의 특성에 대해서 연구자가 충분히 이해할 수 있도록 업무와 관련된 일반적인 소개에도 충분한 시간을 할애하였다.

마지막 세 번째 단계에서는, 두 번째 단계에서 파생되는 후속적인 질문으로 구성하였다. 즉, 연구 참여자의 침묵경험 및 병동의 침묵분위기 형성과 관련된 조직 내 상호작용에 관하여 구체적인 질문을 수행하였다. 연구자와 연구 참여자가 연구 과정에서 상호작용하면서 연구를 구성해 나간다는 질적 연구의 특성 상(Charmaz, 2006), 연구 진행 과정에 맞추어 후속 질문들을 보다 구체화시켜 면접을 진행하였다(표 4).

면접 시간 및 장소 선정은 연구 참여자가 원하는 시간과 장소를 우선으로 고려하여 선정하였다. 간호사들은 근무 특성 상 3교대 근무로 인해 불규칙적인 생활을 하고 있었고 초과 근무가 많아 본 연구의 심층면접을 위해서 별도의 시간을 내어 약속을 정하기가 쉽지 않았다. 따라서 연구 참여자가 가급적 편안한 마음으로 심층 면접에 응할 수 있는 시간을 정하기 위해서 사전에 충분히 연락을 취하여 시간을 조정할 수 있도록 노력하였다. 실제 면접의 시행은 주로 낮번 근무(day duty)가 끝난 후, 혹은 저녁 번 근무(evening duty) 전에 이루어졌다. 인터뷰 장소는 주로 병원 근처의 조용한 커피숍 등에서 이루어졌는데, 병원 내 회의실과 같은 장소나 병원 내 커피숍과 같은 장소에서 면접을 수행할 경우, 이에 참여하는 간호사들이 주변에 대해 매우 조심스러운 반응을 보였고, 연구자로 하여금 솔직한 자신의 경험과 의견을 표현하기 보다

는 다소 피상적이고 교과서적인 답변을 하고 있는 것으로 받아들여졌다. 따라서 장소가 주는 압박감이 있을 것이라고 판단되었고, 따라서 병원 내에서 인터뷰가 진행되었던 연구 참여자 중 이와 같은 반응을 보인 참여자의 인터뷰 내용은 현장 메모노트와 비교한 후 최종적으로 본 분석에서 제외하였다.

연구 참여자 1인 당 평균적으로 40분에서 1시간이 소요되었다. 본격적인 인터뷰가 시작되기 전에 연구자의 소개 및 본 연구의 목적을 설명하고 연구 참여자로 하여금 연구 내용에 대한 사전 동의를 구하고 인터뷰가 진행되는 동안 내용을 연구 참여자의 동의하에 녹음하였다. 연구자에 의해 인터뷰가 종료된 후 연구자가 직접 녹취록을 작성한 뒤 인터뷰 중의 현장 메모 노트(field note)와 비교하며 본 분석에 이용하였다.

5. 자료 분석

근거이론에서는 분석을 위한 구체적인 절차로서 Strauss와 Corbin(1998)에 의해 개발된 개방 코딩, 축 코딩, 선택 코딩 단계로 구성하였다. 코딩의 목적은 혼잡하게 널려있는 원 자료들을 축소하는 것이고 공통점과 차이점을 중심으로 자료를 묶는 것이다. 그러나 단순히 자료를 축소하거나 묶는 작업이 아니라 자료를 확대하고 변형하여 재해석함으로써 오히려 자료를 더욱 복잡하게 만들어 자료를 단순히 범주화하는 것에 그치는 것이 아니라 자료를 개념화하는 것을 의미한다. 이는 정보의 범주를 개발하고(개방 코딩), 범주들을 서로 연결시키며(축 코딩), 범주들을 연결하는 스토리를 구성하는(선택 코딩) 단계를 의미하는데, 심층면접을 통해 확보된 연구 참여자의 경험 자료로부터 핵심개념을 도출하고 이로부터 하위범주를 구성한 뒤, 하위범주를 기반으로 하여 상위범주를 찾는 방식으로 범주화 단계를 거친다.

1) 자료의 코딩(개방코딩)

면접 녹취록 등에 의해 수집된 자료로부터 두드러진 범주를 만들어내기 위한 텍스트의 검토 단계를 의미한다. 코딩은 각 부분에 대해 범주화, 요약, 설명을 동시에 보여줄 수 있는 어떤 이름(label)을 자료의 단락에 붙여주는 것으로 자료에 있는 구체적 진술문을 넘어서 분석적 해석의 단계로 옮겨가는 첫 번째 단계로서, 바로 분석의 핵심이라고 할 수 있다. 이는 단순히 자료를 축소하거나 묶는 작업이 아니라 자료를 개념화하는 것이며(Strauss & Corbin, 1998), 자료를 더 복잡하게 만드는 과정, 즉 자료를 확대하고 변형하여 재해석하는 과정을 의미한다(Coffey & Atkinson, 1996).

2) 코딩의 범주화(축 코딩)

초점코딩은 많은 양의 자료를 분리, 정렬, 종합하는데 사용하는 방법으로 이론적 통합의 시작을 의미한다(Charmaz, 2006). 축 코딩은 개방코딩을 통해 확인된 범주들을 연결시켜 더 큰 범주와 그 하위범주로 관계를 밝히는 과정을 말한다. 다시 말해 축 코딩은 한 범주의 속성과 차원을 식별하는 것이다(Charmaz, 2006). 이때 코딩의 신뢰성은 하위범주를 상위범주로 만드는 과정에서 무너지기 쉽다. 왜냐하면 코딩이 전개될수록 추상화의 수준이 높아지고 연구자의 편견과 이론이 범주화 과정에 영향을 줄 수 있기 때문이다. 이러한 코딩의 단점을 피하고 연구 참여자의 경험을 생생하게 표현하기 위해서 연구 참여자가 사용했던 언어의 일부를 그대로 코드로 사용하기도 한다(즉 내생코드; in vivo code). 코딩을 범주화하는 과정은 원래의 경험 자료에서 하위범주, 하위범주에서 상위범주로 코딩을 전개시키는데 이때는 어떠한 개념들

을 떠올릴 수 있고 그것들 간의 관계는 어떠한지, 범주의 속성과 차원은 무엇이며 그것을 어떻게 비교할 수 있는지, 사건이나 행위의 인과관계는 무엇인지 등과 관련된 질문을 주요하게 생각해야 한다(Strauss & Corbin, 1998).

3) 선택코딩과 패러다임 모형

선택 코딩(selective coding)이란 코딩의 마지막 단계로서, 핵심범주를 선택하고 다른 범주들과 핵심범주를 체계적으로 비교하며 범주들 간의 관계를 확인하고 새롭게 개발할 범주를 채우는 통합적인 과정을 의미한다. 선택 코딩을 바탕으로 중심현상(혹은 핵심범주)을 발견하고 이론화 작업을 완성하게 되는데 이론화 작업이란 심층면접을 통해 얻은 자료를 속성과 차원에 따라 개념화, 범주화, 유형화를 하는 것을 의미한다.

그리고 이와 같은 과정을 통해 도출된 범주들을 핵심범주와 연결시키고 정형화하여 연구현상에 대한 패러다임 모형을 도형화할 수 있다. Strauss와 Corbin(1998)은 여러 가지의 코딩 패러다임이 있을 수 있지만 행위의 구조에 해당하는 것과 그것에 의해서 전개되는 과정, 그리고 구조와 과정의 결합으로 생기는 최종 결과가 모든 패러다임의 모형이 된다고 보았다. 이때 조건은 현상과 관련된 상황이나 문제, 쟁점 등을 만들어내는 것이며 인과적 조건과 중재적 조건으로 나눌 수 있다. 구조는 관심을 두고 있는 중심현상의 인과적 조건(conditions)이며, 과정은 참여자가 문제 상황이나 사건에 대해 갖는 일상적인 반응으로서의 행동이나 상호작용(interactions)을 뜻하고 결과는 곧 그와 같은 행동이나 상호작용 때문에 나타나는 결과(consequences)를 뜻한다. 본 연구에서는 패러다임 모형을 통하여 중심현상을 맥락, 원인, 중재조건 등으로 구분하여 심층면접으로부터의 경험 자료를 범주화하고자 하였다(표 5).

[표 5] 패러다임 모형

요소	의미
인과적 조건 (Causal Conditions)	현상, 문제, 쟁점을 일으키는 사건이나 일. 왜, 어떻게 사람이나 집단이 그러한 방식으로 반응하는 지 설명하는 요소
중심현상	다른 모든 범주들과 관계하면서 통합적인 설명력을 갖 는 핵심적인 현상
맥락 (Contexts)	작용/상호작용이 취해지는 특별한 일련의 조건
중재조건 (Conditions /Contingencies)	원인을 변화시키거나 행위에 영향을 주는 조건들
행위(전략)/상호작용 (Action/Interactions)	문제 상황들 아래서 현상을 다루는 방식과 전략 (누가, 어디에서)
결과 (Consequences)	행동 및 상호작용을 통해 이루어지는 현상

4) 과정 분석

과정분석(Process Analysis)이란 시간의 흐름이나 상황의 변화에 따라서 자료를 추적하여 자료에서 드러나는 작용·상호작용의 역동적 관계를 살피는 것을 의미한다. 이는 특정한 상황이나 사건이 개인에게 어떠한 의미를 지니게 되었는지를 살펴보는 작업이 되기도 한다(Strauss & Corbin, 1998). 이와 같은 이론화 과정에서 가장 많이 활용되는 방법은 경험의 과정을 유형화하는 것이다. 지속적인 비교를 하는 과정에서 그 모든 범주를 설명해 줄 수 있는 핵심범주나 중심경험을 찾아낸 후 그것을 중심으로 코드와 범주를 다시 살펴본 후 경험에 대한 이야기의 줄거리나 윤곽(storyline)을 만들어낼 수 있다. 본 연구에서는 병원 간호사의 직업적 경험의 축적 정도를 나타내는 근속연수(Years of Experience)에 따라 조직침묵을 구성하는 핵심범주의 속성과 차원이 어떻게 전개되었는지를 파악하고자 하였다.

6. 연구의 엄격성과 연구 윤리

1) 연구의 엄격성

심층 면접을 기반으로 한 질적 연구에서는 연구 참여자의 생각을 글로 옮기고 그것을 코딩하고 범주화하는 과정에서 연구의 엄격성 문제가 중요해진다(윤건수, 2013). 질적 연구에서의 엄격성은 양적 연구에서의 신뢰도와 타당도에 해당하는 개념인데, 본 연구에서는 Sandelowski(1986)가 제시한 질적 연구의 네 가지 기준인 신뢰성(Credibility), 적합성(Fittingness), 감사가능성(Auditability), 확인가능성(Confirmability) 등을 따르고자 하였다.

우선 신뢰성은 양적 연구의 내적 타당도와 관련된 것으로, 관찰된 현상이 얼마나 현실에 가깝고 충실하게 기술되었는가를 판단하는 것이다. 사실적 정보의 수집을 위해서 심층면접 시 면담 내용을 녹음하고 이를 필사하여 현장메모 등과 비교하며 원 자료의 정확한 해석을 위해서 녹음 내용을 반복해서 듣고 이를 필사본과 비교하여 내용의 정확성을 확인하고자 하였다. 또한 연구 참여자의 의미대로 해석이 되었는지를 확인하기 위해서 참여자의 확인을 받는 과정이 필요하다. 본 연구에서는 연구 참여자 중 3인으로부터 심층 면접의 내용과 분석결과를 다시 점검하게 하여 연구자가 심층 면접의 내용을 정확하게 이해하고 있는지를 확인하는 과정을 거쳤다.

적합성은 양적 연구의 외적 타당도에 해당하는 것으로, 본 연구의 결과를 일반화할 수 있는가를 확인하는 과정을 의미한다. 즉 연구 상황 이외의 맥락에서도 연구 자료가 적용될 수 있는지를 평가하는 것이다. 이를 위해서 본 연구

자는 서울 지역의 주요 국공립 대학병원뿐만 아니라 사립대학병원, 공공병원, 그리고 지방에 위치한 병원에서 근무하는 간호사들을 면접 대상자에 포함시켜 연구의 적합성을 높이고자 하였다. 또한 이론적 포화상태에 이르기 위해 자료의 수집과 분석을 반복하였으며, 본 연구 참여자가 아닌 보건의료 조직분야 전공 연구자 및 임상 간호사 경험을 가지고 있는 간호 관리학 연구자 등 2인에게 본 연구결과를 확인하여 연구의 타당성을 높이고자 하였다.

감사가능성은 곧 신뢰도를 의미하는데, 연구의 일관성(consistency), 안정성(stability), 연구 과정에서의 의존성(dependability)을 의미한다. 이를 위해 이론적 표집을 비롯하여 자료수집 및 분석의 과정을 모두 기록으로 남겼다. 또한 본 연구자는 질적 연구 전문가에게 분석의 전반에 대해서 지도를 받으며 연구 분석 결과를 함께 검토하는 과정을 거쳤다.

마지막으로 확인가능성은 연구의 객관성(objectivity)을 의미한다. 즉 연구의 내용과 과정에 대한 편견을 배제하고 중립성을 유지하고자 연구 참여자들이 연구자가 의도하는 방향으로 편향된 응답을 하지 않도록 노력하였고 연구 내용의 해석 과정에서 연구자의 중립성을 유지하고자 인식의 흐름을 기록하고 이를 성찰하는 과정을 유지하였다.

2) 연구 윤리

연구 참여자에게 심층 면접에 앞서 연구의 목적과 내용을 충분히 설명하였고 심층 면접이 진행되는 동안 면접의 내용이 녹음될 것임을 사전에 알리고 연구 참여자가 원할 경우에는 언제든지 면접을 중단할 수 있으며 면접 내용은 연구 목적 이외에는 사용하지 않을 것임을 설명하고 동의서를 받았다. 또한

연구 참여자에게 소정의 인센티브를 제공하여 면접에의 참여를 독려했다. 면접에 포함되어 있는 개인적인 정보와 연구 참여자의 신상이 드러날 수 있는 모든 내용을 사전에 삭제하였고 참여자의 신분은 모두 ID로 처리하여 익명성을 보장하도록 하였다. 수집된 모든 자료들은 개인정보 보호를 위해서 연구자가 사전에 지정한 매체에 별도로 보관, 관리하였다. 또한 본 연구자는 연구 자료 수집을 위한 심층 면접에 앞서 서울대학교 생명연구윤리위원회의 심의를 거쳐 연구 승인을 받았다(IRB No. 1511/002-008).

IV. 연구 결과

본 장에서는 심층면접 내용을 토대로 하여 병원 조직에서의 간호사 성원들이 어떤 환경 및 업무 과정에서 침묵을 인식하고 경험하는지, 그리고 어떻게 침묵을 경험하고 왜 침묵하게 되었는지를 구체적인 사례를 들어 분석하였다. 구체적으로 침묵의 경험 유무 및 동기뿐만 아니라 침묵했던 내용을 서술하고, 마지막으로 이러한 침묵의 인식과 경험을 구성하는 요소들 간 관계를 구체적으로 탐색하고자 한다.

1. 병원 간호사의 조직침묵 경험과 인식

인터뷰에 참여한 연구 참여자 대부분은 자신이 속한 병원, 병동에서 조직 침묵이 있음을 인식하고 구체적인 경험을 가지고 있었다. 특징적인 것은, 이러한 침묵 행위는 자신의 자발적인 선택이었다고 말한 경우도 있었지만, 심층 인터뷰에 참여한 다수의 응답자들은 그들이 문제라고 느끼고 걱정하고 있는 사안에 대해서 말을 꺼내고 자신의 의견을 내놓는 것이 쉽지 않은 분위기와 상황이었음을 인식했다고 하였다. 또한 자신이 속한 병동 전체적으로 적극적으로 자유로이 의견을 표현하지 못하는 분위기임을 인식하고 이미 형성된 이러한 분위기를 자신이 깨고 싶지 않아 이에 동조함으로써 나서지 않고 잠자코 있거나 그 상황을 참고 넘어가는 식으로 대응하게 되었다고 답하였다.

간호사 개인을 둘러싼 업무 환경 속에서 이와 같이 형성된 분위기는 근속연수가 상대적으로 짧은 신규 간호사일수록 더욱 크게 인식하는 것으로 나타났고 연차가 오를수록 근무지에서의 분위기로부터 영향을 받고 있다고 인식하

는 정도는 낮아지는 것으로 파악되었다.

참여자 중 병원을 사직한 한 간호사의 경우, 자신은 이미 사직을 결심하였기 때문에 근무 중 병동의 침묵 분위기 속에서도 병동 내 문제점에 대해서 용기를 내어 말할 수 있었다고 응답하였다. 또 다른 간호사는 사직을 결심한 후 수간호사와 사직 면담을 진행하는 시점에 이르러서야 그동안 참고 참았던, 업무 시 느꼈던 부당한 문제점들을 말할 수 있었다고 답하였다. 이는 사직(exit)은 발언 행위의 가장 극단적인 선택이라는 이전 연구의 주장을 지지하는 내용임을 확인할 수 있었다(Parker & August, 1997).

2. 병원 간호사의 조직침묵의 구성

1) 침묵의 내용: 무엇을 침묵하는가?

병원 간호사들이 근무하면서 일상적으로 경험하는 침묵의 내용은 매우 다양하였다. 무엇을 침묵하였는가, 무엇을 침묵이라고 인식하고 있는가에 따라서 이러한 침묵 행위로부터 미치는 결과는 달라질 것이다. 간호사들이 침묵하고 있는 내용은 크게 간호사 자신 또는 동료, 의사 등의 타 직종과의 업무 관계에서 비롯되는 성과나 이에 대한 평가와 관련된 것이고, 다른 하나는 이로부터 파생되는 관계적인 문제들로 크게 구분지을 수 있었다.

심층 면접을 바탕으로 병원 간호사들이 발언하기를 꺼려하는 내용은 다음의 [표 6]과 같이, ‘간호사의 업무 관련 내용’, ‘의사와의 업무 관련 내용’, ‘병동·부서 내 규칙, 절차 관련’, ‘간호사들 간 관계/갈등’, ‘상사의 역량이나 성과’, ‘동료·선배의 역량이나 성과’, ‘윤리와 책임의 문제’, ‘조직의 구조와 자원 관

련’ 등 8개의 범주로 나누어 볼 수 있다.

[표 6] 병원 간호사들의 침묵하는 내용

번호	범주	침묵의 내용
1	간호사 자신의 업무 관련	업무 관련 의견이나 의문사항/애로사항/문제점
		업무의 과부하와 스트레스
		간호사로서의 직업적 한계
2	의사와의 업무 관련	의사와의 의사소통(order, notify, on call) 문제
		의사의 오더에 대한 의문이나 의견 차이
		의사로부터의 무시와 모욕, 성적 희롱
3	병동/부서 내 규칙/절차 관련	병동/부서 내 규칙이나 지침에 대한 의견과 불만
		병원 시스템 및 업무 절차에 대한 의문이나 제안
		병동 모임 등에서의 의견 개선
4	간호사들 간 관계/갈등	간호사들끼리의 관계나 갈등 문제
		선배 간호사의 괴롭힘(태움)
		선배, 동료 간호사의 차별 대우
		수간호사의 동료 간호사 편애
5	상사의 역량이나 성과	수간호사의 업무 능력/병동 운영 스타일
		수간호사의 인력 관리 스타일
		수간호사의 문제해결 등 리더십 능력
6	동료·선배의 역량이나 성과	선배·동료 간호사의 업무 능력 및 성과
		선배·동료 간호사의 실수/과오
7	간호 윤리나 책임 관련	환자안전에 대한 간호사의 책임
		투약 오류 등 업무 중 실수에 대한 책임
		간호사로서의 환자에 대한 책임감
		사고 및 문제발생 시 책임 소재의 문제
8	조직의 구조와 자원 관련	간호 인력 부족
		열악한 근무 환경/조건
		근무 수당이나 보수 등

(1) 간호사 자신의 업무 관련

많은 병원에서 간호 팀제를 운영하지만 실제 정해진 근무시간 동안에는 간호사는 독립적으로 담당 환자들에게 의료 서비스를 제공해야 한다. 병동마다 진료과별 프로토콜이 존재한다고 하더라도 실제로는 프로토콜에 나와 있지 않은 일들이 발생하고, 특히 응급상황에서의 정확한 의사결정을 내려야 하는 상황을 자주 맞닥뜨리게 된다. 따라서 간호사는 이러한 상황에서 자신의 지식과 기술을 통합하여 빠른 의사결정을 내려야 하는데 이런 상황에 대해서 상사나 타 간호사에게 자신의 상황과 의사결정에 대해서 쉽게 이야기를 꺼낼 수 있는 것은 아니다.

사실은 얘기를 잘 못하는 편이구요. 어떻게 보면 애로사항? 그리고 선생님들마다 약간... 중점적으로 두는 부분이 달라요. 의사들이 처방한 치료에 중점을 두는 선생님이 계신가 하면 저는 그게 좀 아니라고 생각을 하고 저는 약간 기본 care에 신경을 쓰는 편이거든요. 어차피 저희 병원에 오는 환자분들이 대체적으로 돈이 없으신 분들이 많아요. 그래서 사실은 정말 중요한 치료는 큰 병원에서 하는 게 맞다고 생각하고 우리병원이 요양병원은 아니지만 그래도 **의료원이라는 거기에 바라는 수준이 그렇게 크지 않다고 생각해서 정말 중한 병, 젊은 사람들은 큰 병원 가시고 그렇지 않은 분들이 오는 게 맞다고 생각을 해요. 그런데 일하는 선생님 별로 focus가 달라서 그런 애로사항이 좀 있는 거 같아요.(C 간호사)

또한 같은 팀원이라고 하더라도 동일한 관점에서 의사결정을 내리는 것은 아니기 때문에 팀원 사이에서 의견의 차이가 존재할 수밖에 없는데 이러한 상황에서 개방적인 대화와 토론보다는 좀 더 많은 경력과 경험을 가지고 있는 간호사에 의해서 의사결정이 내려지는 경우가 많기 때문에 의문이나 자신의 의견을 말할 수 있는 기회가 충분하지는 않다.

인계할 때도 신규 때부터 저는 이러이러한 생각을 가지고 이렇게 일을 했는데
올드가 뭐라 하면 자기 의견을 이야기했다간 더 뭐라고 하고 혼나고 틀렸다고
이야기를 듣고 그게 다음날이 되면 병동 전체 간호사들이 그걸 모두 알고 있으
니까..(E 간호사)

(2) 의사와의 업무 관련

간호사들이 근무 중에 어려움을 느끼는 것 중의 하나가 바로 의사와의 의사
소통이다. 환자 치료의 대부분이 의사의 오더(order)에 의해서 수행되고 투약
및 처치 등의 상당 부분을 병동의 간호사들이 담당하기 때문에 이러한 과정
에서 의사-간호사 간 원활한 의사소통과 협력이 요구되나 현실 속에서 간호
사들은 의사들과의 관계와 의사소통에 많은 어려움을 느끼고 있다. 구체적으
로는 의사의 오더에 대한 의문이나 문제점, 환자 진료 과정에서의 의사결정
및 수행에 문제를 느꼈을 때, 환자 상태의 변화에 대해서 의사에게 이를 알려
야 할지 말지를 결정하기 힘들 때, 의사로 하여금 업무와 관련하여 모욕적인
말을 들었을 때 이에 대해서 즉각적으로 반응하지 못하거나 적절히 대응하지
못하였던 상황에서 소극적이고 수동적으로 대응하였던 경험에 대해서 부정적
으로 인식하고 있었다.

의사들하고 트러블이 많아요. 신규 때는 신규니까 의사들이 막 하는 거... 잘 모른
다고 막 할 때도 있었고. 이번 메르스 있고 그럴 때 심했어요. 근데 이게 문제 인
거 같아요... 전 턴이 잘못된 거였어도..."출근해서 뭐 했어요?" "여때까지 noti도 안
하고 뭐했나?" 이런 식으로 얘기를 하는 거예요. 자존심 상하는 말을 해서... 내가
잘못한 것도 아닌데 책임을 나한테 묻고, 상황도 잘 모르고... 내가 한 게 아닌 건
알잖아요. 그렇긴 한데 그래도 이해 못하고...(I 간호사)

lumbar drain을 하는데 의사들이 몇 cc/hr로 해달라고 하면 그걸 진짜 잘 지켜
야 하거든요. 그래서 밤에도 굉장히 자주 가서 봐줘야 하는데 그날따라 바꿨고
그것도 제가 잘 조절을 해놔도 자세에 따라서 계속 바뀌거든요. 그래서 후루룩

빠진 거예요. 제 duty동안 빼야할 걸 한시간동안 빠진 거예요. 그걸 noti를 했더니 의사가 열을 받아서 잠도 안자고 와서 의사가 order를 넣다가 뺐다가 넣다가 뺐다가 이거 하랬다가 저거 하랬다가 해서 정말 무의미한 order를 넣었다가 뺐다가 하면서 환자한테 실수했다고 저를 계속 골탕 먹이는 거예요. 그런데 그걸 모든 간호사들이 알면서도 그냥 있는 거예요(G 간호사).

(3) 병동/부서 내 규칙/절차 관련

병원 의료 서비스를 제공하기 위해서는 팀원들 간 신속하고 통일된 절차와 방식에 의해서 일관되게 서비스가 제공되는 것이 필요하다. 복잡한 치료 과정에서 혼선을 피하고 효율성을 높이기 위해서이다. 따라서 개별 병동 별로 상황과 특성에 맞게 필요한 규칙(rules)과 관행(practices)을 만들어 이를 지키고 있으나 이러한 규칙과 관행이 항상 효율적일 수는 없다. 왜냐하면 경우에 따라 환자의 치료 과정은 급박하고 예측이 어려울 수 있고 이 서비스 제공 과정에 참여하는 의사 및 간호사들이 가지고 있는 지식과 경험은 모두 다르기 때문이다. 따라서 간호사들은 자신이 속한 병동에만 존재하는 규칙과 관행에 대해서 문제점을 느끼고 ‘부당하다’는 감정을 가질 수 있지만 이를 변화시키기 위해서 발언을 하는 것을 매우 꺼려하고 있었다.

거기 시스템이 신규들한테 heavy한 환자를 많이 주고 old들한테는 굉장히 경한 환자를 assign해주면서 덜 힘들게 해주더라요. 어떻게 보면 이게 이 병동의 암묵적인 룰 같은 거라고 볼 수 있는 거죠(E 간호사).

(저는) 일을 딱 끝내는 스타일이긴 한데 day근무이면 3시에 딱 끝내는 스타일인데... 여기 문화가... 올드가 끝날 때까지 기다려야 하고 “다 하셨어요?”라고 물어 봐야 하고, “뭐 도와드릴까요?”라고 도와드려야 하고...근데 그걸 얘기하지 않아도 다른 사람들도 다 느끼잖아요. 똑같이... 이걸 안하고 싶다는 생각을 다 똑같이 해요.(I 간호사)

(4) 간호사들 간 관계/갈등

실제 병동 간호사들은 동료나 선배 간호사와 관련된 이슈들에 대해서 병동 내에서 발언하기를 가장 꺼려했다. 병동 내에서 팀을 이루어 인수, 인계를 통해 간호업무가 진행되고 3교대 근무를 통해서 하루 24시간동안 적지 않은 수의 동료들과 공동으로 생활하기 때문에 간호집단 내에서의 관계 갈등을 가장 꺼내기 힘든 이슈라고 인식하고 있었다.

환자와 부딪치는 문제는 말하기 쉬워요. 환자랑 간호사 사이, 간호사와 의사 사이 문제는 꼭 미팅이 아니더라도 인계 시간에도 하긴 하는데, 이제 간호사랑 간호사 사이의 문제는 잘 말을 못하게 되요.(A 간호사)

의사들 같은 경우는 사실 저희가 직접 말할 수가 있잖아요. 그건 조직간 의사소통이랑은 크게 상관이 없으니까 어쨌거나 의사는 한 달 보고 말거고... 아 그것도 좀 있는 거 같아요. 이 사람을 오래 볼거나 아님 잠깐 보고 말거나..하는 것도 좀 영향을 미치는 것 같아요... 간호계는 좁다, 의료계는 좁다, 보수적이다 그런 인식이 있잖아요. 그러다보니까 더 말을 못하는 것도 있는 것 같아요. 최대한 말 안하고 말 안하고 우리끼리 풀고, 풀고, 풀고 있다가 저처럼 (사직) 면담할 때 뺄 하고 터뜨리게 되는 거죠.(E 간호사)

음... 정말 말해야 하는 건데 말하지 못한 거는...환자에 대한 것은.. 정말 제가 잘 못한 것이고 환자한테 위해가 갈 수 있는 것인데.. 그런 건 진짜 말하기 싫은데...하죠, 말을. 오히려 의사와의 문제가 있으면 그게 해결이 되든 안되든 수습한데 한번쯤은 말해볼 수 있을 것 같다고 생각해요... 그런데 정작 간호사 조직 내의 문제는 말할 수 없을 것 같아요(G 간호사)

간호사들 사이에서의 위계적인 선후배 관계는, 실질적인 업무 관계에서 여러 기술과 절차에 관한 지식을 주고받으며 협력을 통해 팀워크를 이루어 주어진 과업을 공동으로 달성하는데 장애물이 되기도 한다. 어느 한쪽의 일방적인 주장과 이를 관철하기 위한 강압적인 태도는 간호사들 사이에서 ‘태우기’ 문화를 만들어냈고, 실제 대부분의 간호사들은, 특히 경력이 짧은 신규 간호사들은

간호사들 사이의 이러한 관계 갈등을 힘들어하지만 쉽게 말을 꺼낼 수 없는 이슈라고 하였다.

그 선생님의 그런 걸(폭력적인 행동을) 다 알고 있는데... 술자리 이런 데서는 (간접적으로 우리끼리) 이야기하거나 하죠. 하지만 직접적으로 그 선생님한테 이야기를 했다가는 제가 직장을 그만두어야 하는... (A 간호사)

근데 되게 이상했던 게 어떤 charge 선생님만 오시면 제가 맨날 '팅긴다'고 하잖아요. 맨날 튕겨 나뉘거든요. 분명히 제가 지난번에 봤었고 제가 튕겨간 곳은 엄청 장기인데 분명히 다른 제 동기가 거길 keep하다시피해서 봤었는데 굳이 제가 거길 들어가서 그 환자를 보게 된다면 그러면 사실 인계받는 것도 사실 시간이 굉장히 많이 오래 걸리고 인계가 오래 걸리면 일 자체가 지연이 되잖아요. 근데 환자 파악도 해야 되는데 업무 효율성 자체가 너무 떨어지는데.. 그런 건 하나의 사례이긴 한데 '이 사람이 나를 싫어하나'하는 느낌이 드는 그런 것들 때문에 그게 좀 많이 화가 났던 것 같아요. (E 간호사)

그런데 거의... 올드 샘한테서 느끼는 거지, 그걸 갈등이라고까지는 못할 것 같아요. '올드 선생님이 이렇게 해서 불만이다' 이런 건 있는데 입 밖으로는 이야기하지 않아요. 좀 권위적이시기도 하고 위계가 너무 분명해서.(I 간호사)

(5) 상사의 관리 역량이나 성과

병동의 관리자인 수간호사에 대한 평간호사들의 평가는 직접적으로 수간호사에게 전달하기 어려운 내용이다. 일선의 간호사들이 병동에서 업무를 수행하면서 부딪치는 여러 가지 문제들 중 간호사 스스로 해결할 수 있는 것도 있지만 상당 부분은 관리자가 개입하거나 중재해야하는 것들도 많이 있다. 그러나 이러한 중간관리자의 역할이 일선 간호사들의 입장에서 충족되지 않았을 경우 그리고 그 과정에서 중간관리자에 대한 업무 수행 능력을 의심하게 되었을 경우 상사에 대한 신뢰가 깨지게 된다.

일이 너무 힘드니까 서로 뭉치는 분위기가 있었고 워낙에 의사랑 갈등이 많으

니까 서로 보듬어 주는데 그걸 수간호사 선생님이 잘 컨트롤을 못해가지고요. 그런 거 있잖아요... 간호사랑 의사가 싸우면 명백히 의사 잘못이어도 의사한테 굽신굽신거리는 편이어서 다들 서로를 달래주고 수샘을 욕하는 그런 분위기였어요.(K 간호사)

(수간호사님에 대한) 사소한 불만 같은 거를 이야기하기도 하시고 이제는 업무 외적인 것들에 대한 불만들까지도 나오기 시작하는 거 같아요. 수간호사님이 이제 오신 지 1년 1개월 정도가 되었는데 처음에는 뭐든 잘 들어주시려고 했던 것 같고 그 다음에 병동을 파악하려고 하신 것같은데 5, 6개월 정도 지나고 나서부터는 약간씩 개입을 좀 더 많이 하기 시작하셨어요. 그리고 조금 더 일방적으로 전달하는 방식으로 바뀌었어요... 5, 6 개월 전부터는 '아 너무하신다'라는 이야기가 나오고 업무에서 예외적인 것들이 구설수에 오르기 시작하면서 수간호사 선생님 개인에 대해서 사실은 잘못된 것은 아닌데 약간은 감정적인 반응들이 나오는 것 같아요. 예를 들면 수간호사 선생님이 퇴근을 하시는데 정말 칼퇴를 한다는 것을 가지고도 '눈치없이 자기만 칼퇴한다' 이렇게 사람들끼리 말하기도 하죠.(D 간호사)

수간호사님에 대해 얘기하면 상통되는 거는 수간호사님의 무관심함과 양가감정이 심하신 것 같다는 데는 비슷하게 느끼는 것 같아요. 수간호사님이 겉으로는 병동 일에 관심이 있는 것처럼 보이고 관대하고 뭐 얘기하라고 하지만 결국 뒤에서는 그렇게 부정적으로 반응하고 하니까...(F 간호사)

(6) 동료/선배의 업무 역량이나 성과

간호사들은 같은 팀에서 근무를 하고 있는 선배 간호사나 동료 간호사의 업무 능력이나 성과에 대해서는 드러내놓고 이야기할 수 없는 분위기가 형성되어 있다고 답하였다. 같은 팀 내에서 업무에 대한 인수인계를 받는 상황에서 선배 간호사의 업무 중 실수나 빠뜨린 일에 대해서는 그냥 넘어가는 분위기이고 선배 간호사의 업무 스타일에 대해서도 불만은 가지고 있지만 이에 대해서 문제제기를 하거나 언급하기를 회피한다고 대답하였다.

사실 올드 선생님들도 약간 약간씩 일을 빠뜨리시는데 그런 것들은 수간호사 선생님들한테까지는 잘 올라가지 않고 어쨌건 직접적인 해가 가해지는 것은 무조건 아시게 되겠지만 그렇지 않은 경우에는 그냥 스텝 선에서 적당히 그냥 적당히 이렇게, 이렇게 넘어가자 그렇게 하는 편인 것 같아요.(D 간호사)

올드끼리 인계하다가 발견된 것들은 그냥 무마하기도 하지만 오히려 신규들의 error같은 경우는 다 집어내는 것 같아요. 인계하면서 발각되는 것들을 noti.하게 하고 보고서를 작성하게 하고 올드 선생님들한테 다 공유하게끔 하죠.(L 간호사)

몇몇 사람들만 빠면 좋은 것 같거든요. 몇몇 사람들이 문제예요. 제일 심한 사람이 딱 2명이 있는데, 그 2명을 다 싫어하거든요. 일을 넘긴다거나 아니면 되게 obsessive하게 인계를 받아요. 그런데 중요한 건, 본인이 잘하고 그렇게 하면 그럴 수 있구나 인정을 하는데, 본인이 잘하는 사람은 그럴만하다고 하는데, 본인은 전혀 그렇지 않은데 obsessive하게 인계를 받으면서 쓸데없는 걸 확인하려고 할 때도 있거든요. 그런 사람들 때문에 분위기가 별로 인 것 같아요(J 간호사).

(7) 간호 윤리나 책임 관련

많은 간호사들이 업무를 수행하면서 발생하는 여러 사고나 실수, 문제들로 인해서 누군가는 책임을 져야 하는 상황에서 소극적으로 대처하고 침묵했던 경험이 있다고 대답하였다.

기본적으로 의견을 피력할 수 없는 게, 대안 제시를 하면 책임전가를 하니깐요. 예를 들어 제가 뭐 하나 건의를 하면 “만약에 이게 잘 되지 못했을 경우나 문제가 생겼을 경우에는 어떻게 할거냐? 그런 식으로 대안제시에서 책임전가를 물어보니까 말을 할 수가 없구요, 기본적으로 뭔가 의견제시가 안받아들여지니까... (F 간호사)

(8) 조직의 구조와 자원 관련

병원 전체의 정책이나 자원, 시스템 전반에 관련된 내용은 일상적인 업무 과

정에서 쉽게 발언할 수 있는 내용이 아니었다. 예를 들면 간호사의 이직 또는 사직률이 높은 병동에서는 항상 간호사 인력의 절대적인 부족을 느끼고 현재 근무를 하고 있는 간호사들에게 큰 압박감으로 느껴진다. 하지만 실제 근무를 하는 매일 매일의 일상에서는 당장 해결해야 할 주어진 일들을 수행하는 것이 더욱 시급하기 때문에 병원의 시스템이나 지원과 관련된 근본적인 발언을 꺼내는 것은 쉬운 일이 아니다. 마찬가지로 이유로 병원의 전반적인 시스템의 문제나 개인적인 보수 등의 문제 역시 이야기를 꺼내기는 쉽지 않은 주제들이라고 하였다.

저희는 duty 겹치는 사람들도 각자 바쁘게 일을 하기 때문에 이야기를 할 시간이 없고 다른 병동에 비해서 저희 병동이 더 바쁜 것도 있거든요. 저희 병원에 서도 저희 병동은 "바쁘다"고 인식이 되어 있어서 (근무시간에) 얘기를 못하는 데... (Q 간호사)

그런 부분(환자의 중증도가 점점 올라가는 점)에 대해서는 이야기하지 않아요. 어차피 똑같이 다 힘들도 똑같이 다 밥 못먹고 일하고 똑같이 늦게 퇴근하거든요. 그러니까 우리 병동에서 나만 그러는 게 아니니까 그거에 대해서 말을 할 수가 없는 거 같아요.(J 간호사)

힘든 거에 비해서 수당 얘기, 올해까지만 들어오고 이제 내년부터 안들어오거든요. 그래서 그런 거에 대해서는 좀 보상을 해주면 좋겠는데..그런 건 이야기하기 힘들어요...(A 간호사)

2) 침묵의 동기: 왜 침묵하는가?

연구에 참여한 간호사들이 근무 중 침묵했던 일차적인 이유는 침묵 그 자체에 대한 어떤 입장과 태도가 분명하게 형성되어 있었기 때문이라기보다는 침묵하지 않을, 즉 문제제기를 하고 의견을 낼 수 있는 발언(speak out)에 대한 부정적이고 체념적인 태도를 가지고 있기 때문이었다.

(1) 나에게 돌아올 위험과 불이익

일선에서 근무하고 병원 간호사들은 근무 중 인식한 문제점이나 의견, 업무와 관련된 불만들을 스스로없이 발언하길 꺼려했는데 그 이유는 선배나 동료 간호사로부터, 특히 상사인 수간호사로부터 돌아올 보복이나 실질적인 불이익 등을 우려하고 있기 때문에 문제가 있다고 생각하더라도 이를 보고 그 상황을 참거나 그냥 넘어가려는 경향이 있었다. 따라서 이러한 위험을 굳이 감수하면서 직장 생활을 하고 싶지 않다는 생각으로 인해 문제 상황을 맞닥뜨렸을 때 소극적으로 대처하게 된다.

아무래도 이걸 말하게 되면 저한테 돌아오는 불이익이라든지 뭔가..과장님 앞에서 더 안 좋게 보일 수 있으니까 그런 거 때문에 더 말을 못하지 않나 생각해요.(A 간호사)

이러이런 건 문제이지 않느냐고 말하면 오히려 제가 보복을 당할 수도 있을 것 같고, “재 저거 봐라, 진짜 사회생활 못 한다”고 얘기를 하시기도 하고 오히려 제가 더 안 좋은 불이익을 당할 수 있으니까 말을 못했었던 것 같아요.(G 간호사).

(2) 선배, 동료로부터의 부정적인 평가

간호사들은 병동이라는 주로 소집단에 소속되어 팀을 이루어 근무를 하기 때문에 자신의 발언에 대한 다른 선배, 동료 간호사들의 반응과 평가에 매우 민감하게 영향을 받는다. 때문에 아무도 문제 제기를 하지 않는 상황에서 자신이 발언을 하면 발언을 한 간호사 개인은 ‘문제아’로 낙인될 가능성이 있고 따라서 자신의 소신과 뜻대로 행동하기 보다는 집단의 분위기와 행동에 우선

적으로 동조하려는 경향을 보이게 되는 것이다.

관심이 없는 건 아닌데 굳이 내가 총대를 메기는 싫다는 거죠. 또 나중에 뒤에서 누가 이야기했는지 다 이야기하고... “누가 말했다” 이런 거를 다 얘기할까 봐... 그것도 있고요...(I 간호사)

그렇게 이야기하면 정말 적응 못하고 문제로 찍힐 것 같은 느낌이 있어서 내가 적응을 못하는 거니까 그렇게 이야기하면 안 될 것 같았어요.(K 간호사)

(3) 변화를 바라지 않는 마음

병원간호사들이 침묵행위를 선택하는 이유는 우선 발언에 대한 소극적인 태도를 가지고 있기 때문이었다. 소극적인 태도를 가지게 된 데에는 조직 내에서의 발언을 지극히 개인적인 일이고 이기적인 행동으로 받아들이며, 발언으로 인해 생기는 변화들에 대한 책임을 지고 싶지 않다고 생각하기 때문이다.

긍정적이고 발전적인 얘기면 굳이 그런 게 두려워서 말을 안 하지는 않거든요. 그런데 굳이 이렇게 변화에 대해서 별로 좋아하지 않는 거 같아요. 근데 간호사들이 다 그런 거 같아요. 약간 변화를... 만약 내가 발의를 했을 때 얻어야 할 변화가 생기잖아요. 그리고 어떻게 보면 그 발언에 대한 책임도 생기고. 그거를 조금 피하고 싶은 거 같아요. 근무시간에 내 할 일만 딱 하면 되지 제가 막 나서서 뭔가를 변화하고자 하는 마음이 없는 거 같아요. (B 간호사)

(4) 나아지지 않는 결과

문제점을 개선할 수 있는 의견을 제시하기 보다는 그냥 못 본 척하고 넘어가려는 이유에는 과거 직·간접적인 선례와 경험이 크게 작용한다. 문제 제기를 해봐야 반영이 되지 않았거나 의견을 드러냈다가 오히려 상황이나 결과가

더 악화되었던 경험이 있었다면 발언한 것을 후회할 수도 있을 것이고 그 이후에는 더더욱 침묵을 선택할 가능성이 높다.

그냥 제안하면 무조건 좋은 것들도 있을 수 있는데 반영되지 않는 경우가 많은 것 같아요. 병원 시스템이나 새로 뭔가 기구를 들여오는 문제라든지 그런 것들이 위로 올라가더라도 안 되는 경우가 많기 때문에 수간호사 선생님 선에서 자르시거나 전체 포털에 제안 사항 같은 것을 제안하더라도 피드백이 오지 않는 다던가 이런 것들 때문에 말을 잘 안하시게 되는 것 같아요.(D 간호사)

어쨌든 뭔가를 이야기하는 거는 voice자체가 이게 뭔가 바뀔 risk를 감내하고 내가 이야기를 하는 건데 안 바뀔 거면 안하는 게 당연히 나은 거죠.(D 간호사)

솔직히 대놓고 딱 말하면.. 일단 1번은 솔직히 말해도 반영이 되지 않을 것 같아요. 그리고 2번은 말하면 제가 손해를 볼 것 같아요.(C 간호사)

3) 침묵의 대상: 누구에게 침묵하는가?

병원 간호사들의 의사소통의 흐름의 차원에서 조직 침묵 현상을 보자면 이들이 문제점을 인식하고 있는 의사소통은 주로 상향적 의사소통(upward communication)이었다. 즉 침묵의 주요 대상자는 그들의 상급자인 병동의 최고 관리자인 수간호사이다. 또한 평간호사의 경우에는 병동 행정업무나 간호업무의 실질적인 관리 역할을 맡고 있는 책임 간호사 또는 임상 전문 간호사(CNS) 역시 침묵의 대상이 되기도 하였다. 이러한 침묵의 대상은, 수간호사나 책임 간호사는 간호사들이 인식하고 있는 병동의 위계 구조 상 상위를 차지하고 있으며 병동 내 주요 업무 절차와 관련한 의사결정을 내릴 수 있는 권한을 얼마나 가지고 있는가에 따라 결정되었다.

UM님이 있으면 얘기를 잘 안하고 UM님이 없고 우리끼리 있으면 얘기하죠....만

일 내가 올드면 얘기할 수 있어요. 윗사람한테만 얘기를 못하겠어요. 동료나 아랫사람한테는 얘기하기가 상대적으로 쉬운 것 같아요.(I 간호사)

다른 한편으로 일선의 평간호사들은 동료 간호사들에게도 쉽게 말을 꺼내기를 어려워하였는데 동료에게 한 발언이 상사에게 전달이 되거나 발언 이후에 되돌아오는 동료들의 부정적인 평가나 사회적인 고립 등을 두려워하고 있기 때문이었다.

말을 좀 아끼게 되었어요. 이런 일들이 수간호사 선생님을 통해서 아래 스텝 선생님들한테 전달되는 경우는 잘 없는 것 같은데, 일단 스텝 선생님이 아는 것과 수간호사 선생님이 아는 게 굉장히 가깝기 때문에 굳이 말하는 것 자체가... 일단 안할 수 있으면 안하는 게 좋다고 생각하고... 수간호사 선생님한테 말씀드리려는 거는 굳이 스텝 선생님한테 내려가지 않더라도 어떤 식으로든 저한테 영향을 줄 수 있다고 생각되니까 약간 방어적으로 이야길 안하게 되는 것 같아요.(D 간호사)

그런데... 비밀은 없는 거 같아요. 뒤에서 얘기하고. 앞에서는 얘기안하고 뒤에서는 다 얘기하고. 앞에서는 가면처럼, 그리고 뒤에서는 다...누가 뭐라뭐라고 말했다 이렇게 이야기하고...(I 간호사)

3. 병원 간호사 조직침묵의 맥락

병원 간호사의 조직 침묵의 맥락을 구성하기 위해서 수집된 자료는 총 8개의 상위범주와 27개의 하위 범주로 분류되었다. 우선 각각의 상위 범주를 구성하는 하위범주들과 하위범주를 구성하는 핵심개념들을 중심으로 서술한 뒤 패러다임 모형 등을 통해 이들 간 관계 맺기를 도출하였다(표 7).

[표 7] 병원 간호사의 조직침묵 행위의 구성범주

번호	상위 범주	하위범주
1	말보다는 일로 인정받고 싶은 마음	일 잘하는 간호사
		눈치껏 따라 배우기
		설 곳이 없는 울드
2	말을 꺼내기 힘든 분위기를 익힘	분위기를 익힘
		위계적인 구조와 문화
		통제와 단절의 공간
3	말해봐야 달라지지 않는 현실	늘 부족한 인력
		고되고 힘든 노동
		높은 직무 스트레스
4	판단하기 어려운 복잡한 상황	당연시 되는 고착된 관행들
		비일관적인 업무 지침과 절차
		떠밀려 온 남의 일들
5	쉽게 맞서지 못하는 갈등 상황	서로 다른 입장의 충돌
		말하기 어려운 관계의 문제들
		소통하기 힘든 의사들
6	피하고 싶은 부당한 책임	책임 떠안기기
		‘인계’되는 책임
		환자안전보고서는 ‘처벌’보고서
		비난의 화살
7	나를 지지해주지 못하는 리더	군림하는 수간호사
		내 편이 아닌 상사
		의사소통의 차단자
		실패한 역할 모델
8	의미도 없고 통로도 없는 소통	형식적인 모임에의 수동적인 참여
		일방적인 전달과 상향적 소통의 차단
		은근슬쩍 내비치기
		전체 소통 기능의 한계

1) 말보다는 일로 인정받고 싶은 마음

병원 간호사의 조직침묵의 맥락을 구성하는 요소로서 ‘말보다는 일로 인정받고 싶은 마음’은 간호사가 자신이 속한 병동 또는 부서에서 업무와 관련하여 자신의 생각이나 의견을 말하기에 앞서, 집단의 한 구성원으로서 우선 주어진 일을 잘 수행하여 다른 구성원으로부터 ‘우리 식구’, ‘우리 사람’라는 인정을 받는 것을 중요하게 여기고 있음을 확인하였다. ‘우리 사람’라는 인정을 받은 후에야 병동 내 문제에 대해서도 발언할 수 있는 자격이 주어진다고 보는 것이다. 이 범주에서는 “일 잘하는 간호사”, “눈치껏 따라 배우기”, “설 곳이 없는 올드” 등을 하위 범주로 제시하였다.

[표 8] ‘말보다는 일로 인정받고 싶은 마음’범주의 하위범주와 핵심개념

상위범주	하위범주	핵심개념
말보다는 일로 인정받고 싶은 마음	일 잘하는 간호사	필요조건
		혹독한 신규 태우기
		낙인찍기: 일 못하고 눈치없는 애
	눈치껏 따라 배우기	묵묵히 참고 드러내지 않기.
		스스로 납득하고 이해하기
		명시되지 않은 역할 익히기
	설 곳이 없는 ‘올드’	업무의 단순 반복
		몰입하고자 하는 동기 저하
		“찬밥 신세”

(1) 일 잘하는 간호사

병동생활에 적응하고 성공적으로 자리를 잡으려면 무엇보다 우선적으로 자신의 근무시간 동안 수행해야 하는 일을 꼼꼼하고 완벽하게 수행해야 함을 잘 알고 있었다. 특히 환자에게 직접적인 해가 가해질 수도 있는 근무 환경에서

아직 업무가 익숙하지 않고 일의 숙련도가 높지 않은 신규 간호사에게는 이러한 과업을 수행하는 것은 무엇보다 중요하고 또 매우 어려운 과정이기도 하다. 업무를 처리하는데 있어 낮은 숙련도와 이로 인해 낮아진 자존감으로 신규 간호사는 뭔가 불만을 이야기하거나 문제 제기를 하는 것은 매우 어려운 일로 느끼고 있었다.

한 1년 정도 지나고 하면 병동에서도 '아 애는 이제 우리 사람인가'라고 느낄 수 있게끔 대우를 해주거든요. 그전에 신규일 때는 아예 그냥... 말도 진짜 "너는 이 일을 왜 이렇게 하나.."는 식으로 차갑게 말을... 흔히들 '태운다'고 하잖아요. 엄청 같구고 태우고 사소한 거 가지고도 꼬치꼬치 다 캐묻고... 한 1년 정도가 마지노선인거 같아요. 물론 그 이상이어도 일을 제대로 못하면 많이 뭐라고 하긴 하지만요...(E 간호사)

(병동에서) 성공적으로 자리를 잡는다는 게 내 일을 잘하고...일은 당연히 잘 해야 되고 친해지면 적응을 잘 하는 건가라는 생각을 좀 했었는데, 일은 일단 못 하면 안 되는 거예요. 그건 필요조건인 것 같고 일을 못하면 일단 여지가 없는 것 같아요(웃음).(D 간호사)

6개월 때에는 간호사를 태우는 거 때문에... 신규라서 혼나고 그래서 자존감이 많이 떨어졌구요. 아무래도 처음하는 일이다 보니까 잘 할 수가 없는데 자꾸만 실수하고 나면 (다른 간호사들이) 하는 말들을 받아들이기가 힘든 거예요. 혼도 많이 났지만 혼이 안나더라도 내 자신이 그렇다는 게 잘 용납이 안되었고 '나는 왜 이럴까' 이런 생각을 계속 하게 되었어요.(G 간호사)

병원에 새로 입사한 간호사는 전체 병원 교육을 받은 뒤 바로 병동에 배치를 받는다. 그리고 각자 배치된 병동에서 짧게는 2~3주, 길게는 3개월가량의 실무 훈련(On the Job Training)을 받은 후에야 독립적으로 업무를 수행할 수 있다. 신규 간호사는 병동에 배치되는 순간부터 병동별로 각종 처치들과 관련 행정 업무 등 많은 루틴(routines)업무를 익혀야 한다. 이렇게 공식적으로 명시되어 있는 업무들을 수행하고 병동에서의 여러 방식과 절차에 익숙해짐으

로써 간호사로서 조직 사회화가 되어 가는 것이다. 이러한 사회화의 과정에는 자신이 속해 있는 병동 전체 분위기에도 익숙해져야 함을 의미한다. 그러나 동시에 그러한 과정이 대부분의 신규 간호사들에게는 참고 버티기 어려운 과정으로 기억되기도 한다.

제가 밝은 성격이거든요. 처음에 대학졸업하고 뭇 모르고 중환자실 왔을 때 목소리도 크고 행동도 좀 크고. 처음에 출근해서 선생님들한테 “안녕하세요, 안녕하세요” 인사를 하면, 저희 중환자실 분위기는 약간... 진중하고 떠들거나 웃는 게 받아들여지는 분위기가 아니었거든요. 그러면 선생님들이 “웃고 다니지 말라”고 “여기서 너 좋아하는 사람 아무도 없는데 왜 웃고 다니냐”고 말씀을 하셨어요. 신규 때는 그런 말 한마디에 상처를 받잖아요(H 간호사).

분명히 이 사람이 나이트 근무를 하고 자고 있을게 뻔한 시간인데도 그냥 전화를 하거든요. 확인인 안되면 그냥 중요한 게 아닌데 내일 확인하자 이게 아니라 “그냥 전화해” 이런 분위기... 물론 올드끼리면 그냥 넘어가는데 거기에 신규가 개입이 되어 있으면 “그냥 전화해” 이렇게 되는 거죠(E 간호사).

“일을 잘 한다”는 의미 역시 프레이밍 효과(framing effect)가 있어서 평소에 일을 잘 한다는 이미지를 가지고 있거나 선배 간호사가 저지른 실수에 대해서는 대수롭지 않게 여기고 그대로 넘어가지만 신규가 저지르거나 실수가 잦았던 간호사에 대해서는 매우 엄격하게 이를 평가하고 그 간호사 개인의 이미지는 부정적으로 작용하게 된다고 하였다.

앞에서 뭔가 누락이 되었는데 앞에 일했던 애가 평소에 일을 적당히 잘했던 친구였다면 그냥 잘 했겠지 하면서 그냥 넘어가는 게 있는데 평소에 그런 걸 꼼꼼하게 못하는 친구에게는 같은 사소한 실수라 하더라도 연락을 해서라도 지적을 하고 확인을 하고 그런 게 조금 있는 것 같아요. 그러니까 일도 못하면서(일을 못한다는 소리를 들으면서) 컴플레인까지 하면 “재는 일도 못하고 눈치도 없는 애”라는 소릴 듣는 거예요(D 간호사)

간혹 문제제기를 하는 신규 간호사들에 대해서는 “눈치없는 애”라고 부정적

으로 반응을 보이기 때문에 발언하는 것을 꺼리게 되었다고 하였다. 이는 병동 구성원들로 하여금 병동의 분위기의 중요성을 암묵적으로 강조하는 것이며 따라서 문제가 있더라도 이를 드러내지 않고 분위기를 해치지 않는 선에서 이를 해결하고 넘어가는 것이 최선임을 배우도록 하는 것이다.

전에는 병동에서 (문제점을) 이야기하는 것에 대해서 부담스러워 하거나 두려워 하거나 그런 편은 아니었는데, 저 같은 경우에는 병동에서 막내고 주니어이다 보니.. 다른 선생님들한테 이게 어쨌든 흠이나 일하면서의 고충같은 것을 말하게 되는 것인데.. 어떤 부분에 있어서는 저의 부족함을 보이고 드러내는 것이라고 생각을 해서 얘기하기가 쉽지 않은 거 같고...(D 간호사).

올드 선생님이 또는 그 윗년차 선생님이 의사 실수가 있어도 이걸 자꾸 덮으려고 하고 비위를 잘 맞추고 이런 거를 수간호사 선생님도 좋아하시고 예뻐라 하는 모습이 자꾸 보이니까 그리고 문제제기를 하면 오히려 ‘눈치없는 애’, ‘일 못하는 애’ 이런 식으로 비춰지는 경향이 있다 보니까 그런 분위기에 저도 점점 익숙해졌던 것 같아요. 그래서 뭔가 그렇게 하는 게 사회생활을 잘 하는 거라고 배웠던 것 같아요(G 간호사).

(2) 눈치껏 따라 배우기

신규 간호사는 처음 배치 받은 병동/부서에서 자신의 업무를 익히고 학습하게 되는데, 주로 주변의 동료 간호사나 선배 간호사의 행동을 보고 간접적으로 경험하고 학습하였다고 하였다. 이 시기는 어떤 행동에 대해서 ‘옳다’, ‘틀리다’의 판단을 하기 보다는 다른 사람의 행동을 보면서 이를 기준으로 삼아 자신의 행동과 비교를 하고 자신의 행동을 이 기준에 맞추어 고쳐나가게 되는 것이다.

문제를 오히려 문제라고도 못 느꼈던 것 같아요. ‘저게 정답이고 내가 틀린 거구나’싶은 생각이 드니까... 그리고 집단에 있을 때 이게 절대적으로 사실이다,

거짓이다, 라는 답이 있어도 그 집단이 다 맞다, 맞다 그러면 이게 거짓이라고 말할 용기가 없다거나 아예 '아, 내가 틀린 거구나'라고 생각하고 그냥 넘어가는 경우가 많았던 것 같아요. 그게 어떻게 형성되었는지는 잘 모르겠는데... 제 동기는 너무 이쁨을 받고 레지던트들도 그 간호사를 너무 좋아하고 수선생님도 너무 좋아하시고 그러니까 저는 '재가 저렇게 하니까 사람들이 좋아하는구나'를 보면서 그게 정답이라고 생각하고 '아 저게 사회생활이구나, 내가 정말 눈치가 없었구나, 이렇게 인간이 되는구나.'라고 간접적으로 배우게 되는 거죠.(G 간호사)

선배 간호사들이나 병동 수간호사나 책임 간호사 등의 상사와의 상호작용을 통해서 업무기술뿐만 아니라 조직생활에 필요한 여러 가치와 행동양식 등을 배우면서 조직사회화 과정을 겪게 되는데, 이때 자연스럽게 속한 병동의 업무 내용 뿐만 아니라 병동의 분위기 또한 학습하게 되는 것이다. 신규 간호사가 조직 사회화를 통해 병원에 존재하는 다양한 규범과 행동양식에 대해 습득하는 것은 곧 소속된 조직의 조직문화를 배워가는 학습 과정이라고 할 수 있다. 따라서 이 신규 간호사로서 업무를 배우고 훈련을 받는 기간 동안에는 불만이 있더라도 이를 발언할 수 없거나 무시되었고 자신의 의견이란 있을 수 없는 일로 간주되었다고 했다.

그냥 꼭 참은 거 같아요. 어차피 끝이 보이는 3개월이니까 그 전에 그만둘 수는 없을 것 같고 그러니까 꼭 참고 일했던 것 같아요. 그냥 친한 친구들 보면서 점점 표정이 어두워진다는 이야기는 많이 들었는데 그냥 꼭 참았던 것 같아요.(L 간호사).

그때(신규 간호사 때)는 아무 생각이 없었던 것 같아요.(L 간호사)

제가 아무래도 신규였기 때문에 안심병동이고 뭐고 제 일하기가 바빴기 때문에 잘 몰랐어요... 신경 쓸 거를이 없었죠(C 간호사)

신규 간호사의 입장에서는 병동의 분위기가 마음에 들지 않는다고 하더라도 그냥 “당연한” 것처럼 의심없이 받아들이고 이에 순응하는 것이 가장 빠르게

조직에 적응하는 것이라고 학습하게 되는 것이다.

그냥 여자들끼리 있으면 그게 당연한 것처럼 느껴졌던 것 같아요. 간호사들끼리 있으면 태우는 문화가 그냥 당연한 것처럼 알려져 있고 그리고 여자들끼리 안 그래도 병원 내에서 힘이 있는 집단이 아닌데 왜 여자들끼리 서로 뭉치지 못하고 서로 얹아먹으려고 그러냐 라고 이야기를 하면서 “아, 원래 여자들이 그런가 보지, 뭐” 이런 식으로 넘어갔던 것 같아요. 특히 응급실은 남자간호사들이 많으니까 남자간호사들이랑 이야기하다보면 “여자들은 왜 그러냐, 서로 못잡아먹어서 안달이냐?”는 식으로 이야기를 하니깐 “아 여자들은 원래 그런가봐” 이런 식으로 이해를 하고 당연히 이렇게 해야 되는 거구나 하고 넘어갔던 것 같아요.(K 간호사)

이러한 행동양식과 사고방식을 학습하는 과정 역시 이를 의심하거나 문제제기를 하기 보다는 자신을 제외한 타인이 모두 이에 동조하고 순응하고 있기 때문에 자신도 당연히 그래야 하는 것으로 받아들일 수밖에 없게 되었다고 하였다.

제가 오기 전부터 그런 분위기가 있었던 것 같아요. 모두가 문제라고 생각하는 것 같은데 다들 그랬으니까 그러려니 하라는 그런 식이었고.. 아까 말씀드렸던 5구역도 환자가 18명인데 그 18명이 검사 스케줄이 다 다르고 또 시간이 정해져 있는 것도 아니고 그때그때 순서대로 불러주는 대로 가는 것이라 신규간호사가 그걸 다 처리하는 게 엄청 힘든 상황인데도 다들 그렇게 힘들게 했다는 이유로 여기 간호사 담당환자수를 10명으로 줄여달라는 이야기들이 있었는데 선배 간호사들부터 “우리는 20명을 봤다” 그러면서 18명을 보면 감사한 줄 알아야지 무슨 소리냐면서 뭐든 다...무시를 했었던 것 같아요(K 간호사).

병동을 중심으로 한 분위기가 이미 발언을 억누르고 침묵하려는 분위기가 형성되어 있다 보니 연구 참여자들은 근무 중에 느낀 문제점이나 불만들을 쉽게 이야기하기 힘들다고 말하였다. 부당한 일이라고 생각하더라도 이야기를 꺼내는 게 쉽지 않고 다 이야기를 할 수 없는 암묵적인 분위기임을 느낄 수 있었다고 답하였다. 이는 문제점을 병동 내 구성원들 다수가 인식하고 있지만

이를 굳이 입 밖으로 표출하기가 꺼려지고 문제가 표면화되었을 때 감당해야 할 책임과 자신에 대한 부정적인 비난에 대한 부담감을 갖게 되는 것이다.

자유로운 의사표현을 억제하는 분위기는 아닌데... (수간호사님이) 알고는 계실 거예요. 근데 굳이 입 밖으로 꺼내지 않는, 약간 터부시 하는 그런 거. 알고는 계시지만 말한다고 달라질 것은 없으니까... 그런데 그런 거를 얘기를 하면 더 쌓이고 그러니까.. 여차피 직장이고 하니까... 반영을 해주시고... 알고는 계시니까요(C 간호사).

(3) 설 곳이 없는 올드

병동에서 요구하는 간호 업무는 숙련도가 높은 전문적인 기술을 요구하지만, 업무에 익숙해지고 계속해서 경험이 쌓이게 되면 상대적으로 업무 환경을 스스로 통제할 수 있고 안정적으로 업무를 수행할 수 있는 숙련도가 쌓인다. 바로 병동 업무를 안정적으로 통제할 수 있는 전문 의료 인력으로서 직업적 강점이기도 하고, 경력직 간호사인 ‘올드’로서의 인정을 받을 수 있는 근거이기도 하다. 그러나 정작 올드 간호사들은 병원에서 경력이 병동에서의 자신의 위치와 경력직으로서의 역할을 존중받고 있지 못하다고 느끼고 있다.

계속 단순 업무를 하니까 스스로도 뭔가 무료하다고 해야 하나요. 이게 뭐 발전이 없는 거죠. 간호사는 의사와 달리 발전이 없죠. 전문 간호사라고 생기기는 했지만 미국과 달리 형식만 있고 지금 현실 임상에서 적용되어서 개발된 게 하나도 없잖아요. 병원에서 계속 있으려면 관리자 자리밖에는 없는데 사실 저도 관리자가 되고 싶은 건 아니거든요. 제 경력개발을 더 할 수 있는 그런 게 많이 낙후되어 있는 것 같아요.(F 간호사)

제가 만일 병원 원장님이라고 해봐요. 그럼 4년차 간호사랑 10년차 간호사랑 있으면 일하는 것은 솔직히 다 비슷비슷해요. 3년 지나면 다 비슷비슷하잖아요. 그러면 저라도 4년차가 더 젊고 활기차고 더 좋을 것 같아요. 그래서 요즘은 중간년차들이 병원에서 꽃이에요. 올드들은 찬밥이이예요. 올드에 대한 대우가 없

어졌어요. 예전에는 올드면 계급이 있잖아요. 저희는 5급만 되면 night근무를 안 한다던가 그런 정도의 대우가 있었는데 이제는 다 똑같아요. "힘들면 그만뒀라" 이거죠(웃음).(N간호사).

후배 평간호사들은 경력 간호사(올드)에 대해서 같은 평간호사이긴 하지만 병동의 일에 대해서 책임의식을 가지고 병동의 오피니언 리더가 되어주길 기대한다. 자신들은 올드에 비해서 상대적인 약자라고 생각을 하고 있고 누구보다 자신들이 경험하고 있는 문제를 선배 간호사들도 누구보다 잘 알고 있기 때문에 병동의 문제에 대해서 좀 더 책임을 가지고 나서서 발언을 해주기를 원한다.

저번에는 정말 심각한 투약사고인데 (수간호사님) 그거를 대수롭지 않게 그냥 넘어가서.. 그렇다고 "왜 그렇게 하십니까?"라고 저희는 평간호사가 얘기를 할 수는 없는데 그걸 책임 간호사 선생님이 얘기를 하거나 charge grade 선에서 이야기를 해주면 훨씬 커뮤니케이션이 잘 되는데 아예 관심도 없으시고... 왜냐 하면 본인의 일이 아니니까 본인들도 부당하다고는 생각하시죠. 잘못된 것이라고는 생각하시지만 본인이 총대를 메고 이야기를 하고 싶지는 않으신 거죠(M 간호사).

그러나 정작 경력직 간호사들은 병원에서 오래 근무했다 하더라도 조직으로부터 경력을 인정받았거나 선배 간호사로서의 역할을 존중해주는 것이 아니기 때문에 굳이 병동에서 발생하는 일에 대해서 책임의식을 느끼기도 힘들고 따라서 적극적이고 자발적으로 의견을 제시하는데 있어서도 부담감을 느끼고 회의적일 수밖에 없다는 것이다.

일하는 게 차이가 없잖아요, 재량 나랑 똑같은 일하고 있는데 제가 굳이 책임의식을 느끼고 말할 필요가 없죠. 그리고 금전적인 문제, 직위 문제를 떠나서 아니면 관리자가 마인드를 바꾸고 격려를 해준다거나 인정을 해준다거나 그런 게 있으면 할텐데 사실 관리자도 그런 생각이 별로 없는 거 같아요. 제가 올드라서 이런 말을 할 수도 있지만 관리자들도 올드들이 뭔가 할 수 있게끔 꼭 보상을

해달라는 게 아니라 개발을 하고 밑에 애들을 분명히 챙겨주고 실제로 일하는 사람은 분명히 저 같은 사람인데 본인들이 실제적인 병원업무를 하는 게 아니니까...(F 간호사)

그래서 저는 저같은 grade의 사람들이 중요하다고 생각을 하는데 이런 걸 간과하고 그냥 똑같이 취급하는 거 같아요. 그냥 똑같은 일을 하는 사람으로만 취급을 하니까 별로 책임을 느끼지도 못하는 거죠. 제가 10년 동안 해오면서 암묵적으로 쌓아온 노하우와 경험들이 있는데 그것에 대해서 인정을 못받는 느낌이에요.(F 간호사)

병원에서 올드면 일도 어느 정도 할 줄 알거고 병원 분위기도 파악할 줄 알테니 우리 병원이 시키는 거를 잘 할 사람, 잘 해야 하는 사람이라고 생각하는 것 같아요. 병원이 뭔가를 맡겼을 때 너는 당연히 뭔가 output을 내야하지 않겠니? 라고 생각하는 것 같아요. 나는 거기에 관심이 없음에도...(웃음) 그리고 저희 병원이 커지는 데만 급급했지 아직 내실을 다지는 데는 조금 그래요. 시스템적으로..그래서 누가 대학원을 가든 뭘하든 관심이 별로 없죠. 지원을 아끼지 않는 것도 아니고...암튼 좀 그래요...(P 간호사)

병원 조직 안에서의 자신의 위치와 역할의 한계는 다른 직업군이나 다른 사람을 보면서 상대적으로 비교되기도 한다. 병동에서 책임간호사를 맡고 있는 한 간호사는 병원에서의 올드의 역할을 이야기하던 중 조직 내에서 자신의 직업적 한계에 대해서 토로하기도 하였다.

10년이 지나가니까.. 저랑 같이 들어와서 친하게 지냈던 의사들은 이미 병원에서 staff가 되어 있어요. junior staff이나 임상교수나 그렇게 되어 있어요. 그러면 레지던트들 우르르 끌고 병동에 회진오고 그럴 때가 있어요. 그러면 '아, 나는 여전히 평간호사이고, 여전히 나이 어린 의사들 들어오면 개네들 오더받아서 일하는데 나랑 같이 들어온 의사들은 변화하는 게 보이니까 거기서 느껴지는 괴리감도 있는 것 같아요.(P 간호사)

서울의 한 대학병원에서 일반외과 전담 간호사를 맡고 있는 간호사와 지방 대학병원에서 종양상담실 전문 간호사를 하고 있는 다른 간호사는 임상 간호

사로서 병원 조직에서 직업적으로 발전할 수 있는 기회와 영역이 상당히 제한되어 있음을 이야기하였다. 결국 병원 조직 안에서의 제한된 직업적 발전은 병원이라는 ‘내 조직’보다는 간호사라는 ‘내 직업’에 우선하여 사고하는 태도를 보이게 되는 것이다.

제가 언제까지 평간호사만 하면서 언제까지 해야만 하는지 그렇게 다시 했을 때 다시 병동으로 돌아가면 다시 평간호사가 되는 것이고 솔직히 저희 병원에서는 어느 정도 일한 연차가 되면 charge 간호사가 될 수 있는 시험을 보거든요. 거기서 더 승진을 하려면 시험을 봐야 하고 그런데 저희 병원은 다른 팀장님이나 수간호사님을 보면 좀 올드이신 분들이 많아요. 그래서 수간호사나 팀장이 되려면 좀 오래 기다려야 되는 게 있어요.(M 간호사)

저는 중간에 병원을 옮겼습니다. 이쪽 병원으로 옮긴 것은 임상경력이 10년이 좀 안되어서 옮겼어요. 그런데 지방병원은 승진의 우선순위가 배운 지식이나 임상 능력보다는 그 병원에 얼마나 오래 있었느냐가 수간호사로 가는 지름길이었던 거예요. 저는 중환자실에서 10년을 일을 해서 중환자실에서는 나를 따라갈 자가 없는데, 다른 사람들이 “너는 이 병원에 늦게 왔기 때문에 수간호사가 되려면 좀 더 기다려야 돼.”라는 이야기를 들었어요. 그래서 이 길을 선택하게 되었던 거죠.(O 간호사)

2) 말을 꺼내기 힘든 분위기를 익힘

병원 간호사들이 경험하는 침묵 행위에 대해서 이들은 자신이 속해 있는 병동, 간호사 집단에서의 분위기가 기본적으로 발언을 억누르고 침묵하는 분위기임을 느낀다고 하였다. “말을 꺼내기 힘든 분위기를 익힘” 범주에는 “분위기를 익힘”, “위계적인 구조와 문화”, “통제와 단절의 공간” 등이 하위 범주로 제시되었다.

[표 9] '말을 꺼내기 힘든 분위기를 익힘' 범주의 하위범주와 핵심개념

상위범주	하위범주	핵심개념
말을 꺼내기 힘든 분위기를 익힘	분위기를 익힘	다 참고 넘어가는 분위기
		그냥 받아들여야 하는 분위기
		뒷담화 문화
	위계적 구조와 문화	여자 군대조직
		자신의 서열을 인식
		발언의 암묵적 자격
	통제와 단절의 공간	병동별 상이한 의사소통 방식
		엄격한 통제와 감시를 느낌
		외부와의 단절

(1) 분위기를 익힘

간호사들은 자신이 속한 병동에서 무엇인가 발언을 하였을 때 병동의 전체적인 분위기가 흐려질까봐 이를 꺼리게 된다고 하였다. 따라서 문제를 느끼더라도 전체적으로 “거의 다 참고 넘어가는” 분위기가 형성되어 있어서 문제제기를 하거나 자신의 의견을 표현하는데 주저하게 됨을 느꼈다고 하였다.

거의 참고 넘어가는 편이에요. (병동 내 다른 선생님들도) 거의 다 참고 넘어가요. (왜 다 참고 넘어가는 걸까요?) 병동 분위기인 것 같아요... 그리고 “누가 말했다” 이런 거를 다 얘기할까봐... 그리고 다 얘기하지 못하는 암묵적인 분위기랄까... 그런 게 있어요. 얘기를 하라고 하는데 그러지를 못하는...(I 간호사)

거의 다 참고 넘어가는 분위기였어요. 그냥 좋게 좋게 해결하자는 분위기였어요...일을 크게 만들지 말자, 크게 만들어봤자 해결되는 게 없고 우리만 더 힘들어질 뿐이다 라고 생각하시는 것 같아요.(G 간호사)

그건.. 그냥 위에서 내려오니까 받아들여야 돼. 이런 게 암묵적으로 뭔가 그런 분위기가 조성되어 있어서 불만을 갖고 ‘도대체 왜 이렇게 하지?’ 싶은 게 있지만 그냥 우리끼리 ‘이래서 이런가, 저래서 그런가, 아 왜 그러지?’ 하고 스스로 납득을 시키고 마는. 아예 원래부터 (의견을 물어보는) 분위기 자체도 없었고 아

에 처음에 들어갔을 때 뭔가가 존재하지 않으면 어떻게 할 생각을 할 수 있을 텐데 '아 이거는 그냥 따라야 되는거구나'라고 당연히 받아들이게 되는 그런 문화가 있어서 그런 게 아닌가 생각이 들어요(E 간호사).

병동 내 간호사들 간 좋은 관계를 유지하기 위해서는 지금의 분위기를 바꾸려고 하기 보다는 그냥 받아들이고 개개인이 느끼는 의견이나 불만 등은 밖으로 표출되는 것은 바람직하지 않은 것으로 여기고 있었다. 간호사들이 병동 분위기를 신경쓰고 있다는 것은 병동 내 다른 간호사 동료들과의 관계를 중시하고 있다는 것을 의미한다. 병동의 분위기와 간호사들 간의 관계를 중시하는 이유는 다른 동료 간호사들과 관계가 좋아야 불편하지 않은 마음으로 일을 할 수 있고 응급 상황 등 협력해야 할 일이 생기면 서로 도움을 받을 수 있는 업무 환경임을 인식하고 있기 때문이다.

병동 내 자신의 위치에 따라서 이러한 병동의 분위기가 좋은 분위기라고 느낄 수도 있고 그렇지 않을 수도 있다. 짧은 시기에 사직자가 많이 발생한 한 병동에 대해서 면접에 응한 한 간호사는 “병동 분위기가 안 좋아서” 사직자가 많이 발생했다고 말했다.

저희 병동 분위기가 별로 안 좋아서요...그래서 좀 힘든데 사직한 분들이 많아서요. 단순히 일이 힘들어서 그만 두었다기 보다는 간호사들끼리의 관계...그런 것도 좀 작용을 한 것 같아요. 개인마다 사정이 있기는 한데...일단은 분위기가 제일 좀 작용을 한 게 아닌가... 올 해만 12명이 사직을 하셨거든요. 신규뿐만 아니라 경력직 분들도 왔다가 그냥 그만두고 가시는 경우가 있었어요. 보통 신규들이 좀 버티기는 힘든 곳인 거 같아요(A 간호사).

그러나 같은 병동 소속 다른 올드 간호사는 그와는 반대의 의견을 제시하였다. 동료들끼리의 관계를 중시하지만 이러한 관계가 얼마나 자신에게 지지적으로 느껴지는가는 개인마다 편차가 있기 때문에, 이러한 분위기로부터 지지

적으로 받아들여지지 못하는 구성원의 경우에는 발언의 억눌림 분위기를 느꼈을 것으로 보인다.

저는 저희 병동 분위기에 대해서... 따지고 보면 다른 병동보다는 저희 병동의 분위기가 더 낫다고 생각하는 사람이거든요. 일을 하면서 웃으면서 일을 할 필요는 없다고 생각을 하거든요. 정말 주치의랑 싸워야 하는 상황이 되면 싸워야 하는 거고 신규가 잘못했으면 신규한테 뭐라고 해야 하는 거고 올드 선생님한테도 올드 선생님이 잘못했으면 저희는 올드 선생님한테도 말씀을 드리거든요. 그런 문제가 되는 거나, 주치의들도 오더를 잘못 냈을 때 이걸 그냥 시행을 해서 나중에 문제가 되는 것보다는..., 그래서 전화를 하면 “그냥 오더대로 하세요.” 약간 주치의를 이런 식으로 이야기를 하거든요. 그걸 니가 왜 궁금해하냐는 식으로, 내가 오더냈는데 니가 왜 거르냐는 식으로 이야기를 하거든요. 그런 상황에서 “아, 네”하고 들어가는 것보다는 다음 번 인계한테 넘길 때 “아 그냥 주치의가 주래서 쫓어요” 보다는 “이러이러해서 쫓다”고 인계를 하고 앞으로의 치료계획을 알고 있어야 간호계획도 세워지는 것이니까 다 얘기를 해야 하는 게 맞다고 생각하거든요. 그래서 저는 저희 병동의 분위기가 더 낫다고 생각을 하고 있어요(Q 간호사).

이런 병동 분위기에 대해 불만을 가지고 있거나 근무 시 문제점을 느끼더라도 자칫 자신으로 인해서 병동의 분위기를 흐리지 않으려고 구성원들은 문제점이나 불만을 밖으로 표출하기 보다는 그냥 참고 넘어가는 침묵의 방법을 선택하게 되고 시간이 지나면서 점차 이러한 분위기에 익숙해져가는 것이다.

(2) 위계적인 구조와 문화

현재 우리나라 병원 간호사 집단의 조직 문화를 드러내는 대표적인 표현이 바로 “위계 사회”일 것이다. 본 연구에서 면접에 응한 연구 참여자들 역시 대부분이 간호사 집단의 위계가 있고 이로 인한 불편함을 나타내었다.

간호사 조직도 군대 같은 느낌이 있어요. 여군 같은 느낌이 있어요. 제가 신규 때도 그랬고... 지금은 그러지 말아야 하지만 저도 나름 그런 게 있나 봐요. 후배가 발끈하면 기분이 나쁘더라구요(P 간호사).

저는 간호사 사회가 위계가 잡혀 있는 게 굉장히 강하다고 생각을 해요. 그러니까 아랫사람의 항변은 당연히 말도 안 되는 거고. 예를 들어서 저희 병원에는 입사순서로 사번이 나와요. EMR에 사번이 다 뜨니까 조회가 가능하거든요. 그래서 타 병동에 환자를 인계를 해줄 때 제가 인계를 주면서 당연히 꼼꼼하게 인계를 주는 건 당연한 건데... 저쪽 병동에서 내 인계를 받는 사람이 사번이 내 사번보다 앞선다 싶으면..... '재가 나보다 사번도 낮은데 아...진짜' 이런 식으로 받는 거예요. 그리고 이런 것들을 주변에서 일상적으로 들으면 위계가 있구나, 다들 이렇게 생각을 하는구나 라고 생각하게 되는 거죠(D 간호사).

따라서 상사-부하직원, 선배-후배, 경력직-신규직 등 상하 관계가 명확히 구분되는 위계 집단 또는 사회에서는 아랫사람이 윗사람에게 부정적인 의견이나 정보를 전달하는 것은 극히 드물거나 매우 제한되어 있다.

저도 잘 모르겠어요(웃음). 그냥 앞에다 대고 말을 하면 좀 이 사람이 나보다 올드인데... 그런 것도 있고...(I 간호사).

사실 올드 선생님이 계시면 그런 얘기를 마음놓고 하질 못하죠. 아무래도 올드 선생님이 계시면 어렵죠, 많이 어렵죠. 굉장히 고연차 선생님들이시다 보니까, 15년이 넘게 근무를 하고 계신 선생님이시다 보니까 수선생님만큼 오래 병원에 계셨고 그러니까 굉장히 어렵죠. 제가 신규 때부터 올드로 근무를 하고 계셨으니까...(H 간호사)

저보다 입사가 몇 달만 빨라도, 겨우 두세 달 차이밖에 나지 않는 사람한테도 "선배님 안녕하세요?" 라면서 예의를 갖추어야 하는 분위기가 있거든요. 몇 달 먼저 입사한 선생님들 같은 경우는 자기 몇 달 먼저 들어왔다는 이유만으로 저희가 엄청 굽신거려야 하는 게 있었거든요. 그런 분위기 자체에서 시작을 한 게 아닐까 하는 생각이 들어요. 그런데 그런 분위기가 형성된 이유를 찾기는 사실 어렵잖아요.(E 간호사)

안 그런 선생님도 있긴 한데... (위계를 강조하시는) 그런 분도 계셔서... 룰이고 법이고 그렇지 않는데 더 뭐라고 하니까. 그 사람이 잘못을 했어도 “선생님이 잘못하셨잖아요?”라고 말을 못하고..좀 억울하죠. 근데 이거를 저랑 제 동기도 당했거든요. 제 동기도 “진짜 말하고 싶다, 말하고 싶다”고 이야기했지만 수간호사님한테 정말 말을 못했거든요. 괜히 말했다가 굶어 부스럼될 것 같거든요. 그 올드가 그 병동을 떠나지 않는 한 해결되지 않는 거죠. 아니면 제가 떠나든지..(I 간호사)

병동의 구성원이 되더라도 업무 중 발생하는 문제점들이나 여러 사안들에 대해서 모두 자유롭게 발언을 할 수 있는 자격이 주어지는 것은 아니라고 느끼고 있었다. 이는 병원에 입사한 경력의 순서에 따라서 발언할 수 있는 ‘자격’과 ‘순서’가 암묵적으로 존재하고 있음을 인지하게 되었다고 하였다.

올드 선생님이 그나마 얘기를 많이 하시는 편이에요. 그런데 앞서 말씀드렸다시피 일 년간 많은 올드 선생님들이 휴직을 하시거나 로테이션을 하셨기 때문에 지금 계신 선생님은 그나마 병동에 대한 이야기를 잘 하지 않으시는 분이셔서 병동에 대한 문제가 덜 전달되는 측면이 있는 것 같아요.(D 간호사)

우리 병원에는 CNS가 계셔서 그런 선생님들이 주로 질문도 많이 하시고 지적도 많이 하시고 하는데 보통의 평간호사는 별 말없이 앉아만 있죠.(L 간호사)

그러나 같은 경력직 간호사라고 하더라도 병동에 새로이 보직 순환된 간호사는 병동에서 ‘우리 식구’로 받아들여지는데 시간이 걸리기 때문에 바로 병동에서 발언을 하는 것은 불가능하다고 느끼고 있었다.

음... 근데...제가 사실 로테이션이 되어가지고 여기 한지 일 년이 안 되었거든요. 다른 병동에 있었어가지고.. 그래서 어... 잘 생각이 나지는 않아요(B 간호사).

별로 얘기 안 하는 거 같은데요. 제가 별로 병동 애들이랑 친하게 지내는 건 아니라서... 솔직히 그 그룹에 끼기도 힘들고..(웃음) 이미 몇몇 그룹이 있는데, 이

미 그들끼리는... 그 사람들은 rotation이 되질 않았잖아요. 그래서 그들은 이 병동에만 있었죠. 저는 다른 병동에서 일하다가 온 사람이고.. 그래서 그 틈을 비집고 들어갈 만한 힘이 없어요(J 간호사).

아랫사람 입장에서는 병동 내에서 일어나는 문제들을 선배 간호사가 문제제기를 해주길 바란다. 그러나 책임의식을 가지고 오피니언 리더로서 문제제기를 서슴없이 하는 선배 간호사들 역시 많지 않기 때문에 병동에서는 침묵의 분위기가 형성되고 여러 문제가 해결되지 못하고 누적되기도 한다.

(3) 통제와 단절의 공간

병원에서 병동(ward)은 병원의 주요 서비스인 환자의 입원 치료가 이루어지는 ‘공간’을 의미한다. 병동은 일반적으로 진료과를 기준으로 구분되는데 간호 단위 역시 가장 기본적으로 개별 병동별로 조직화된다. 일반적으로 한 병동의 간호사는 자신이 소속된 병동의 다른 동료 간호사들과 함께 팀으로 조직되어 3교대 근무를 하면서 연속적으로 환자 치료에 필요한 업무를 수행한다. 이처럼 병동은 입원 서비스를 제공하는 단순한 공간적 의미를 넘어서 주요한 업무 환경을 규정하는 조건으로 작용하므로 간호사 성원에게는 기본적인 하지만 핵심적인 조직 단위로 기능하고 있다.

일반적으로 병동은 임상 진료과에 따라 조직화되는데, 진료과별 병동의 구성은 치료 방법 및 과정의 특성에 따라서 간호 업무의 성격을 결정하고 의사-간호사 간 의사소통의 유형 및 이를 통한 의사-간호사 관계에도 크게 영향을 미치기 때문에 병동의 분위기 형성에 매우 중요한 요소라고 할 수 있다.

임상 진료과는 크게 내과(신경과 포함), 외과, 특수과(응급실이나 중환자실),

소아과 등이 조사되었는데, 간호사들의 면접을 토대로 각 진료과의 특성을 정리해보면, 각 임상 진료과별 치료나 처치의 특성 상 해당 과에서 추구하고 소통하는 정보의 종류와 처리 및 소통의 방식에 따라서 다른 특성을 가지고 있음을 알 수 있었다.

일반적으로 내과는 입원 환자의 특성 상 대체로 정적인 분위기가 형성되어 있고 미세한 임상 검사 결과와 약 용량을 중심으로 의사와 의사소통이 이루어지고 있어 간호사 간, 의사-간호사 관계 역시 이를 바탕으로 형성된다고 할 수 있다.

내과라서 lab결과에 되게 예민하거든요. 제가 생각했을 때는 굳이 noti. 안해도 될 것 같은데 만약에 뒷 턴이 올드면 이거 noti. 안했냐고 들을까봐 일부터 noti. 를 하고 그런데 해도 답장이 없으면 해도 소용이 없는 거잖아요. 이제는 요령이 좀 늘어서...예를 들어 포타슘이 borderline에 있으면 일단 문자를 해요. 그런데 답이 없으면 뭐.. 그래도 일단 noti.는 했으니까 된 거죠. 하지만 신규는 그런 상황이 닥쳤을 때 많이 당황을 하니까요(I 간호사).

내과는 워낙 짜질구레하게 한다고 해야되나... 약 하나 용량 하나에 너무 obsessive하게 매달리니까 그리고 저도 내과에서 인계를 받으면서 제 생각에는 그닥 중요하지 않은 것 같은데 굳이 그걸 확인했냐, 의사의 confirm, 누군가의 confirm이 필요하고 그게 자기에게 넘어오면 자기의 책임이라고 느끼는 것 같아요(F 간호사).

신경과와 같은 경우 거동이 불가능한 고령의 환자가 다수를 차지하고 있기 때문에 환자의 식사 및 개인위생 등 기본간호 업무의 비중이 높고 낙상이나 욕창 등의 환자의 개인 안전에 더욱 주의를 기울여야 하는 임무가 주어졌다. 특히 몇몇 공공병원을 중심으로 새롭게 도입된 포괄간호서비스 실시에 따른 간호 업무 범위의 확대는 이를 수행하는 간호사 입장에서 보자면 간호사의 업무 범위와 업무량의 증가로 인한 과부하와 환자의 중증도 증가에 따른 문제가 발생할 수 있다고 지적하였다.

포괄 간호가 되고 나서 bed-ridden 환자가 정말 많아졌어요. 특히 요양원 이런 데 있다가 상태가 안 좋아져서 온 환자들이 많고 그렇기 때문에 다 bed-ridden 이에요. 그러니까 손이 더 많이 가고 suction은 다 기본이 되었고... 포괄이 되고 나서 간병인이 없어도 된다고 하니까 다 알고 더 많이 오시게 된 것 같아요. 그러니까 저희 일하는 사람 입장에서는 업무량이 훨씬 더 많아졌죠...(J 간호사).

그냥 내가 해야 하는 일이니까 하는 거지... 이런 생각을 했었는데.. 자존감이 떨어지거나 그럴 때는.. global apathia 증상이 있거나, irritable한 환자한테 맞았을 때... 이럴 수밖에 없는 상황이지만 이럴 수밖에 없는 상황이라 뺨도 맞아보고 가슴까지 차여봤기 때문에 자존감이 많이 떨어졌어요(A 간호사).

응급실과 같은 특수 진료과의 경우에는 다양한 질병과 증상을 가지고 내원하는 환자를 진료해야 하는 특성과 응급 환자의 특성으로 인해 의료진의 빠른 의사결정이 요구되는 특성으로 의사-간호사 간 긴밀한 협업이 더욱 요구되고 있으나 현실은 협업과 협조가 적절히 이루어지고 있지 않아 의료인력 간 갈등이 빈번하게 일어나고 있고 이로 인해 실제 응급실 업무의 어려움을 있음을 호소하였다.

(응급실은) 의사들이랑 트러블이 있었던 게 힘들었고. 여러 과 의사들을 자주 콜해야 하는데 연락이 안 오고 그것 때문에 (환자들이) 간호사를 괴롭히고 그런 것들이 힘들었어요(K 간호사).

당직 의사하고는 그렇게 사이가 좋지는 않아요. 바쁘다보니까 정중하게 noti.를 하는데 돌아오는 그들의 대답은 짜증이 섞이고 우리가 원하는 대답도 아니고 계속 그러다보니까 점점 사이는 나빠지고...(L 간호사)

응급실은 자기만의 rule과 좀 그런 게 심해서 제가 말을 한다고 해도 먹이지 않았고.. 왜냐하면 이게 워낙 고착되어 있어서 응급실은 사실 제가 봤을 땐 이거 아니고 너무 불친절하고 어긋난 부분도 있긴 있는데 이걸 말을 못했었어요... 뭔가 좀.. 상황별로 case by case라고 해야 되나요. 정해진 절차가 없어서 그게 좀 답답했었어요(F 간호사).

소아과의 경우, 환자가 어린 나이이다 보니 환자의 부모가 주요 보호자가 되어 의사결정에 참여하기 때문에 환자와의 관계뿐만 아니라 보호자와의 치료적 관계 형성에 큰 어려움이 있다고 하였다.

소아는 워낙 소량이고 또 애기라는 존재가 뭔가 성립된 게 하나도 없잖아요. 엄마들도 좀 그렇구요. 예민하고 이게 지금 치료를 하는 건지 사실 엄마를 달래는 건지 모를 정도로..그리고 애기 상태는 엄마가 가장 잘 알기도 하고 엄마를 의료진으로 포함을 해야 되는 건지 엄마의 요구에 따라서 흘러가고 그러니까 사람들이 더 자기 보호적인 것 같아요(F 간호사).

외과는 수술을 중심으로 치료 과정이 진행되므로 의사와의 주된 의사소통 역시 수술 및 회복과 관련된 처치를 중심으로 이루어져 있다.

외과는 반면에 (다른 과에 비해서) 좀 편하긴 했었죠. 사실. 그런 사소한 부분이 크게 크게 가니까 그런데 워낙 외과는 post. op.환자를 받고 하면 care할 게 많아서 대체적으로 힘들었어요(F 간호사).

제가 의사들이랑 트러블이 많았던 것도 있고, 유독 저희 병동이 신경외과 병동이라서 더 그런 것 같기도 하고... 제 친구는 내과에 근무하고 있었는데 그 친구 말을 들어보면 내과병동은 의사들이 한 달마다 턴을 도니까 의사들이 질환이나 병동 시스템도 잘 모른 채 병동에 오니까 유독 간호사들한테 의존도가 높고 도움을 받는 경우가 많대요. 그래서 그런 경우가 별로 없는데... 그런데 surgery 파트는 의사가 오히려 환자에 대해서 더 잘 알고 lab도 더 잘 알고 하니까 간호사들이 더 수동적인 태도로 일을 하는 것 같아요. 자기 권리에 대해서 말을 잘 못 하고...(G 간호사)

마지막으로 중환자실의 경우에는, 다른 진료 과에 비해서 간호사 스스로 '전문적 지식과 기술'의 중요성을 매우 강조하고 있어 간호사 교육의 필요성을 더욱 크게 느끼고 있었다. 그리고 소수의 환자에 대한 집중 케어를 하기 때문에 환자에 대한 책임감을 상대적으로 더 강하게 느끼고 있었다.

확실히 중환자실이 일반 병동이나 응급실이랑 그 기반이 다르잖아요. 학부 때만 들었던 막...그.. 전인간호다 라는 게 중환자실은 더 많이 실현이 되었다고 생각을 해요. 보면...되게 사소하다고 생각할 수도 있는 건데... 몸을 닦이는 것부터 시작 해서 그리고 이걸 좀 싫었던 부분이긴 한데 대소변 치워주는 거라든지 그리고 사소한 V/S의 변화라든지 옷 갈아입히고 약을 주는 기본적인 것들도 하고 몸에 있는 모든 상처를 머리끝부터 발끝까지 모두 살피고 욕창도 확인을 하고... 그 환자의 머리끝부터 발끝까지 모든 걸 다 알고 변화를 catch해야 하는 그런 업무 였던 것 같아요(E 간호사).

중환자실에 있다 보면 약간 공부를 해야 한다는 압박감이 있어서.. 병동 전체적 인 분위기가 이런 것도 모르면서 어떻게 환자 care를 하나. 의사들도 모르는 경 우가 있으니까 중환자실 간호사들이 더 잘 알아야 한다는 분위기도 있고요. 의 사들이 사실 중환자실 환자에 대해서 noti.를 하면 환자 manage에 대해서 다양 하게 아는 게 아니잖아요. 그래서 간호사도 모르고 있으면 환자가 산으로 간다 는 얘기가 있기 때문에 더 긴장하고 더 잘 알아야 한다는 압박감이 좀 있어요 (H 간호사).

응급실이나 중환자실 등의 특수 진료과를 제외하고는 일반 병동에 근무하고 있는 간호사들은 대부분 팀 간호(team nursing)를 수행하고 있었다. 병동의 팀 구조는 간호사의 노동 과정을 규정하고 통제하는 도구로 작용하여 간호사 들은 독립적인 업무를 수행한다 하더라도 의사의 처방을 위주로 한 간호 업 무가 주가 되고, 전체적으로 다른 간호사들과의 노동의 내용과 질의 동질성을 유지하는 동시에 간호사의 담당 환자에 대한 책임을 중요시하도록 요구하기 때문에, 이는 간호사 개인의 독립적이고 창의적인 노동을 격려하기 보다는 통 제 속에서 주어진 시간 동안 부과된 업무를 수행해야 하는 일개의 부속품으 로 느껴지게 한다. 또한 이러한 노동 과정은 간호사로 하여금 집단적인 사고 와 행동을 추구하도록 요구받는 기제로 작동하고 이는 곧 침묵 현상이 나타 날 수 있는 조건으로 작용하기도 한다.

병동에서는 제가 통제받는 느낌이 제일 많았거든요. 환자 케어를 하고 있지만

제가 결정을 할 수 있는 게 없잖아요. 뭔가 환자에게 문제가 생기면 무조건 다 noti를 해야 하는 체계이고 내가 선불리 뭔가를 해서 사고가 나면 또 거기에 대해서 책임을 져야 되고 그러니까 무조건 다 noti를 해서 책임을 전가하게 되는 거죠(M 간호사).

병동에 소속되어 있는 간호사 성원들에게 병동은 단순히 진료과적 특성이 반영된 업무 환경만을 규정하는 것이 아니었다. 진료과적 특수성은 곧 의사와의 의사소통 방식을 결정하고 이러한 소통방식을 근간으로 의사-간호사 간 관계가 규정되는 조건이 된다. 또한 병동별로 형성되는 업무 환경과 분위기에 따라 간호사들의 인식이 많이 달라지기 때문이기도 했다. 즉 병동별로 고유한 문화가 형성되어 있어 업무 과정에 대해서 병동별로 비교하는 것은 어려울 정도로 개별 병동의 의사소통의 방식과 업무 환경은 독립적이고 비교하기 어려운 특성을 가지고 있었다. 이러한 특성은 병동 통제의 기능뿐만 아니라 ‘단절’의 기능을 하고 있었다. 따라서 더 나아가 병동 내 간호사들은 외부 환경의 변화나 자극에도 민감하게 반응하기 힘들다는 특성을 가지고 있었다.

(수간호사님은) 외부에 교육같은 거를 많이 다니시는데...그래서 거기서 오는 최신 정보 같은 거를 와서 많이 말씀을 해주시거든요. ‘요즘 이렇게 돌아간다’, ‘우리가 하고 있는 게(포괄) 다른 대학병원에도 이렇게 영향을 주고 있다’ 그런 말씀을 해 주시긴 하는데... 그런데 수간호사님은 대외적인 비교를 하시잖아요. 그렇지만 저는 여기(병동)에 있잖아요. 저는 여기에만 있다 보니까 대외적으로 비교할 수도 없고 누굴 이끌고 간다, 이런 거는 못 느끼죠. 그냥 제가 하는 일에 변화가 조금 있을 뿐인 거고...(B 간호사)

다른 병동은 어떻게 하고 있는 지 저희는 모르니까 저희 병동에 대해서는 다들 느끼고 있는 것이니까 말을 하기 힘들죠(J 간호사).

(병원 전체 정책에 대한) 이야기가 병동 내에서 위에서 공지가 되거나 그런 적은 없었던 것 같고 간호인력 개편안 그런 거 말고는 병원에서의 일은 딱히 없었던 것 같고 오히려 외부에서 노조에서 이렇게 이야기하는 걸 보고 ‘아 지금

상황이 이렇구나'라고 더 인지를 했던 것 같고...그런데 사실 병동에 일어나는 일들 욕하기도 바쁜데 외부적인 일들까지 신경을 쓸 겨를이 없는 것 같아요(E 간호사).

노동조합이 아니고선 전체 병원 소식에 대한 이야기를 해주는 사람이 없어요. 수간호사님도 이런 걸 잘 모르시는지 이야기해주시진 않구요(D 간호사).

3) 말해봐야 달라지지 않는 현실

병원 간호사들은 자신들의 노동을 “고되고 힘들다”고 표현했다. 이는 3교대 근무라는 노동의 물리적인 특성을 드러냄과 동시에 예측하기 힘든 응급상황의 발생과 높은 환자 중증도에서 비롯되는 높은 직무 스트레스, 그리고 이로 인한 잦은 사직자 발생에서 오는 인력의 부족과 업무 과부하 등 이들의 노동 조건과 현실이 매우 열악함을 반영하는 것이다. 이러한 업무 환경은 침묵의 분위기를 형성시키는 물리적인 조건이 됨과 간호사들이 발언 행위의 무용성을 느끼게 되는 인지적 조건으로 작용하기도 한다. “말해봐야 달라지지 않는 현실” 범주에는 “늘 부족한 인력”, “고되고 힘든 노동”, “높은 직무 스트레스” 등이 하위 범주로 포함되었다(표 10).

[표 10] ‘말해봐야 달라지지 않는 현실’범주의 하위범주와 핵심개념들

상위범주	하위범주	핵심개념
말해봐야 달라지지 않는 현실	늘 부족한 인력	잦은 사직자 발생
		만성화된 인력 부족
	고되고 힘든 노동	3교대 근무의 육체적 소진
		높은 환자 중증도
		환자간호 외적 업무
	높은 직무 스트레스	시간적 압박감
		예측하지 못한 상황의 잦은 발생

(1) 늘 부족한 인력

모든 병동에서 간호사들은 간호사 인력의 부족의 문제를 크게 느끼고 이를 지적하였다. 이는 병원마다의 다른 간호서비스 정책을 시행하고 병동별 노동의 특성과 인력의 규모별 특성을 반영하더라도 가장 근본적으로 일선의 간호사들의 호소하는 문제이기도 하다. 그러나 이러한 인력 부족의 문제도 “말해 봐야 해결이 되지 않는 현실”이기 때문에 침묵할 수밖에 없게 된다고 하였다. 특히 간호인력 부족의 문제는 지방에 위치한 병원들에서는 간호사 인력 부족이 더욱 두드러지게 나타나고 있는 문제로 지적되었다.

특히 지방병원의 문제는 간호사도 많이 없다는 거예요. 이 병원에서 이직률도 매우 높고. 그래서 이 간호사가 그만두면 또 다른 간호사가 와서 그 사람을 훈련시키는데 시간과 비용이 많이 들기 때문에 일을 잘 못해도 예전처럼 혼내지도 못하고 많이 그러지도 못해요. 그만둘까봐(O 간호사).

저희 병원이 지금 한참 일할 간호사들이 많이 없어요. 많이 힘들고 많이 그만두고 해서 신규가 많고 경력직이 많이 부족한 편이어서 좀 힘들어요...간호팀이 크고 인력이 많고 그러면 책임간호사의 역할과 보상이 분명하게 구분될텐데... 저희는 좀 열악하거든요. 지금 40~50병상 정도 운영하는데 간호사 3명이 커버하고 있습니다. 그러면 솔직히 charge랄 것도 없어요. 솔직히... 그래서 거의 행정적인 일은 손댈 수가 없어요. 왜냐하면 일만 하기도 바쁘니까..(P 간호사)

최근 도입된 ‘간호·간병통합서비스’라는 새로운 병원서비스를 도입한 병원에서 간호사들 역시 병동 간호 인력의 충원을 호소하였다. 병원 내 보호자와 간병인이 머물지 않고 기본 간호에서 전문 간호에 이르기까지 간호사가 포괄적으로 서비스를 제공하는 이 제도는 기존의 간호사 1인당 환자 수를 대폭 낮추어 환자에 대한 전인간호를 하겠다는 취지로 도입된 제도이다. 그러나 포괄간호서비스 시작 후 구강간호, 식사보조, 배변간호 등 기본간호 업무까지

간호사의 업무의 범위가 더 넓어지고 간호사가 체감하는 환자의 중증도는 더욱 높아졌기 때문에 간호사들은 간호 인력이 좀 더 충원되었으면 좋겠다고 말했다.

저희 병동이 퇴사자가 많아서 다른 병동에 비해서도 인원이 부족해요. 포괄 간호같은 경우에는 환자 8명당 간호사 1명이 있고, 보조원 25~30명 당 한 명을 두는데... 그렇게 되면 너무 힘들 것 같아요.. 저희 같은 경우는 10명을 보긴 하지만 팀을 보는 사람은 5명이 팀을 보고 있거든요. 5팀으로 돌아가서 간호사 1명이 10명씩 보고 보조원님들은 한 duty당 2명씩 근무를 하시는데 그렇게 되다 보면 6명 정도 근무를 하시는데 그 중간 중간에 솔직히 자기 일이 없는 사람이 어디 있겠어요. 중간 중간 자기 일이 있어서 휴가가 있거나 그러는데 그러면 남은 인력이 계속 출근을 해서 기본 간호팀도 꾸려서 기본간호를 해야 해요(Q 간호사).

비단, 간호 인력뿐만 아니라 병원 전체적으로 겪는 인력 부족의 문제는 긴밀한 협력을 요구하는 의료 서비스 업무의 특성 상 해당 직종에게 업무 과부하를 주어 상대 직종의 근무 동기가 저하될 수 있다. 특히 의사 인력의 부족은 업무 과부하는 물론이고 환자치료에 필요한 원활한 의사소통과 의사결정의 장애를 낳아 결과적으로 환자 결과에도 부정적인 영향을 미치게 될 것이다.

요즘에 저희 병동에 담당의가 부족해요. 의사들이 너무 업무에 시달리다보니까 그들과의 communication이 힘든 거죠. 환자에 대해서 noti.를 하면 다른 중환이 있으면 중증도가 밀리게 되고 우선순위에서 밀리게 되니까 그거에 대한 manage가 밀리게 되는 경우도 종종 있고요(H 간호사).

(2) 고되고 힘든 노동

입원 병동에서는 24시간 내내 연속적으로 환자를 관찰하고 치료를 돕기 위한 서비스를 제공하기 위해 간호사의 교대 근무를 수행한다. 면접에 참여한 대부

본의 연구 참여자들은 이를 위해 시행되고 있는 3교대 근무와 잦은 야간 근무를 이들을 가장 힘들게 하는 업무 조건으로 꼽았다.

3교대 근무가 너무 힘들어서요. 업무 강도가 너무 세고 이벤트도 많이 있고. 제 grade조차도 많이 힘들어 하거든요. 제 동기도 얼마 전에 허리를 삐끗했거든요. 건강이 제일 걱정이죠.(H 간호사)

저도 이제 40대를 준비해야 되어서 더 이상 계속 나이트를 하고 병동에서 acting을 하는 건 힘들 것 같아요... 아무래도 3교대가 좀 힘이 많이 들죠.(F 간호사)

다들 말을 직접적으로 안하지만 뭔가 준비를 하고는 있는 거 같아요. 3교대 근무를 피할 수만 있다면 다들 어디든 가고 싶어하는 거 같은데 말은 안하니까 알 수는 없는 거죠.(D 간호사).

계속 떠나고 싶죠. 잠을 못자니까요. 아무리 해도 익숙해지지 않아요.(I 간호사)

또한 계속해서 높아지는 환자 중증도에 대한 부담도 업무를 고되고 힘들게 만드는 요인이기도 하였다.

환자 중증도를 낮출 수는 없을 것 같아요. 앞으로 (중증도가) 올라가면 더 올라갔지 중증도가 낮아지지는 않을 거예요. 간호사 1인당 환자수를 좀 줄어주면 좀 나아지겠지요(J 간호사).

병원 간호사의 3교대 근무와 힘든 육체적 노동 조건은 간호사로 하여금 근무 시간에 너무 바빠 “말할 틈도 없이” 일을 해야 하는 객관적인 물리적 현실을 반영하기도 하고, 이러한 직무적 속성에서 비롯되는 문제들은 말을 한다고 해서 바로 해결할 수 있는 문제가 아니라는 것을 병동에서 근무하고 있는 다른 동료들도 모두 똑같이 느끼고 있기 때문에, “어차피” 이러한 문제를 말해봤자 소용이 없다는 생각을 가지고 있어 이에 대해서는 말을 하지 않는다고 하였

다.

저희는 duty 겹치는 사람들도 각자 바쁘게 일을 하기 때문에 이야기를 할 시간이 없고 다른 병동에 비해서 저희 병동이 더 바쁜 것도 있거든요. 저희 병원에 서도 저희 병동은 이미 “바쁘다”고 인식이 되어 있어서 (근무시간에) 얘기를 못 하는데... 저희 같은 경우에는 겪고 있는 게 다 똑같기 때문에 이게 힘들다고 혼자 생각하는 사람은 없고... 이상하게 저희 병동이 좀 바빠서 그런지 퇴사율이 많긴 해요. 아무리 잘해줘도 다 그만두고 그러더라고요. 갑자기 퇴사를 하고 그러면 아무래도 스케줄도 메꾸어야 하고 그러니까 병동 분위기가 침체되거나 그런 건 있어요.(Q 간호사).

그런 부분에 대해서는 이야기하지 않아요. 어차피 똑같이 다 힘들고 똑같이 다 밥못먹고 일하고 똑같이 늦게 퇴근하거든요. 그러니까 우리 병동에서 나만 그러는 게 아니니까 그거에 대해서 말을 할 수가 없는 거 같아요. 다른 병동은 어떻게 하고 있는 지 저희는 모르니까 저희 병동에 대해서는 다들 느끼고 있는 것이니까 말을 하기 힘들죠.(J 간호사)

업무 과부하는 병동에서의 간호 업무뿐만 아니라 근무 시간 외에 수행해야 하는 다양한 병원 외부 활동을 강요받고 있어 간호사들로 하여금 압박감과 육체적 피로감을 낳는 원인이 되고 있다.

저희 병원은 회사같은 느낌이 강해요. 간호사이면서도 병원의 직원이면서도 그러니까 말아야 하는 일들이 와르르 있는 느낌이에요. 간호 업무 외적으로 말아야 하는 일들이 많아요. 부서 업무 고객만족 감영관리 환자안전 신규간호사들의 약물교육, 병원 병동 내 고객만족활동 등에 할애하는 시간이 상대적으로 많아서...저희는 off날에도 나와서 통계내고 뭐 만들고 그런 게 정말 많아요. 그런 거에 대한 압박이 있어요. 배우는 것도 많지만 그런 것에 대한 부담은 지금도 가끔 느끼고 있어요. 연차가 올라가면 그런 것에 대한 부담이 더 커지니까 앞으로 더 힘들어질 수도 있겠다 싶은 생각도 있어요.(H 간호사)

3교대가 너무 힘든 것도 있고 병동에서 너무 일을 많이 시키거든요. 병동 업무 말고 병동에서 준비하는 게 엄청 많잖아요. 병동 차원에서 논문을 준비하거나 QI를 준비하거나 아니면 무슨 책자를 만들거나 아니면 수간호사님 개인적인 일도 해드려야 하는 것도 엄청 많았거든요. 그게 계속 쌓이고 쌓이다 보니까 업무

량이 너무 많고 제가 하고 있는 일 말고도 업무량이 너무 많고...(M 간호사)

고되고 힘든 병원 업무에 대해서, 병원의 평간호사들은 이러한 현실을 개선할 수 있는 가능성은 그리 크지 않다고 느끼고 있었다. 또한 같은 간호사로서 선배 간호사인 수간호사에게 말해봐야 “원래 다 그래”라는 답만을 들을 뿐이기에 이러한 물리적 현실에서 느끼는 무력감과 체념적인 태도가 존재한다.

일이 힘들어서요. 보편적으로 말하면 하는 일이 다니기에는 너무 고되고 힘들다는 게... 일 자체가 너무 힘든데 이게 뭐..사실 수간호사 선생님한테 면담이랍시고 얘기를 해도 사실 그게 의미가 없는 경우가 많다는 거죠. ‘우리 때도 원래 그랬다’라고 이게 너무 고착화되어서.. 솔직히 저는 인습이라고 생각하는데 이게 고쳐지지 않고 우리도 그랬으니까 너네도 당연히 그래야지 하는 식의 마인드를 가지고 이야기를 하니까 그런 것도 힘들었던 것 같아요. (E 간호사)

(3) 높은 직무 스트레스

거의 모든 일선 간호사들은 병동에서 근무를 하는 내내 시간적 촉박함에 쫓기듯 업무량을 소화해야 하므로 큰 압박감을 느낀다고 하였다. 제한된 시간 내에 주어진 일을 실수없이 완벽하게 수행해야 함은 물론 문제 발생 시 이에 대한 책임까지 간호사의 몫이 되므로 엄격한 통제 시 높은 직무 스트레스를 느끼게 되는 것이다.

일단 나이트가 너무 힘들구요, 나이트 밤새 고생하고 일하고 아침에, 이제 아침이 제일 바쁘거든요. 나이트를 하고 아침에 전공의들이 다 나와서 밀린 noti.를 하거나 해결해야 할 것, 아침에 새로 시작하는 거니까 오늘 해결해야 할 것을 그 단시간에 다 해야 하는데 거기에서 오는 압박감이 너무 크고, 그리고 인계를 하고, 아침에 인계를 하기 전에 벌써 힘이 다 빠져서 뭐를 할 수 없을 때도 있었고 그리고 보통 환자들이 사망하거나 그러면 보통 새벽에 사망하시거나 아니면 아침 7, 8시에 사망하시는 분들도 있거든요. 그럴 경우에 물론 이해는 하죠.

day는 day의 일을 해야 하니까 그렇게 하면 끝나고도 그걸 다 정리하고 보고서 까지 다 쓰고 그렇게 집에 가는 경우도 많았어요. 집에 가면 11시 12시 그랬어요. 그리고 나서 밤에 다시 나와서 다시 일을 해야 하고...(M 간호사)

(중환자실은) 다른 과에 비해서는 응급상황이 많기는 하죠. CPR도 많고...(H 간호사)

중증도가 높은 병동은 아닌데 피를 토하거나 혈변을 보거나 하면 CPR이 났을 때도 있고 혈압이 떨어져서 그럴 때는 중증도가 높긴 한데... 그런데 환자 입퇴원이 많아서 머리가 아파요... 행정업무가 정말 많고 입원하면 간호정보조사지도 작성해야 하고 입원 생활 안내해야 하고 퇴원할 때도 퇴원 준비를 해야 하니까... 워낙 궤양성 대장염 환자가 많아서 그런 환자들은 잘 못 먹어요. 그래서 영양제 달고 루틴으로 항생제 먹고 장 CT찍고 동의서 작성하고, 그런 사람들이 Hb 수치가 낮아서 수혈도 많이 하고 수혈하려면 체크할 것도 많잖아요..신경써야 할 일이 많죠.(I 간호사)

4) 판단하기 어려운 복잡한 상황

간호사는 병동 근무를 하면서 근무자들 간 의견의 충돌을 경험하고 해결해야 할 복잡한 문제와 갈등을 경험한다. 이러한 문제를 해결하는 과정에서, 갈등을 직면한 상황에서 간호사들은 자신에게 돌아오는 많은 ‘부당함’을 경험하였다고 말하였다. 간호사들이 주관적으로 인지하는 이러한 부당함은 곧 조직 또는 집단 내에서 잠재적 발언의 기회(latent voice opportunity)이자 발언의 내용으로 기능할 수 있으나 이로부터 자신에게 돌아올 불이익을 피하고 싶어서 간호사들은 이를 적절히 발언을 통해 해결하고 해소하고 있지는 못하고 있었다. “판단하기 어려운 복잡한 상황” 범주 역시 면접에 참여한 간호사들로 하여금 매우 빈번하게 언급되었는데, 이 범주에는 “당연시 되는 고착된 관행들”, “비밀관된 업무 지침과 절차”, “떠밀려 온 남의 일들” 등이 하위 범주로 제시되었다.

[표 11] ‘판단하기 어려운 복잡한 상황’의 하위범주와 핵심개념

상위범주	하위범주	핵심 개념
판단하기 어려운 복잡한 상황	당연시 되는 고착된 관행들	이미 고착된 룰과 방식
		당연시 되는 관행들(신규에게 일감 몰아주기)
	비일관적인 업무 지침과 절차	병동마다/사람마다 다른 프로토콜
		수간호사의 내 맘대로 일처리
	떠밀려 온 남의 일들	경계가 모호한 영역의 일들
		남의 일 대신 해주기

(1) 당연시 되는 고착된 관행들

병동에서 일어나고 있는 업무 내용과 절차 중에는 많은 일선 간호사들의 입장에서는 “비합리적인 관행”이 존재한다고 하였다. 누가 이러한 규칙을 정해놓았는지는 확인할 수 없을 만큼 오래 전부터 암묵적으로 받아들여져 이미 고착되어졌다. 간호사별 환자 배치(assign)부터 업무를 처리하는 절차에 이르기까지 다양하게 나타나는데, 그러한 관행이 병동에서 계속 지켜져 오고 있다는 이유만으로 ‘불문율’처럼 그대로 답습되고 있다고 전하였다.

사실 되게 아이러니한 게 신규들...아예 뺄까지는 아니지만 신규들 위주로 heavy한 환자를 봤었거든요. 오히려 올드가 ‘꿀’이라고 말을 하는 그런... 환자들을 많이 받고 사실..조금 그게 이해가 안갔는데... 거기 시스템이 신규들한테 heavy한 환자를 많이 주고 old들한테는 굉장히 경한 환자를 assign해주면서 덜 힘들게 해 주더라고요. 어떻게 보면 이게 이 병동의 암묵적인 룰 같은 거라고 볼 수 있는 거죠. 그게 조금 이해가 안 갔는데... 다른 중환자실 같은 경우는 오히려 신규가 경한 환자를 본다고 하는데...(E 간호사).

새로 오는 환자들을 보는 7구역은 1년이 된 간호사랑, 그러니까 2년차 간호사랑 그 병동에서 데스크 다음으로 연차가 높은 선생님이 그 구역을 보는데 그 선생님이 당연히 나오는 처방은 다 봐야 하는데 안하시고 저희한테 다 시키셔서 막 내 간호사가 그걸 다 해야 했어요. 그게 불문율같이 당연히 그렇게 해야 하는

거고, 가끔가다가 시키지 않고 직접 order를 몇 개라도 해주시는 선생님이 계시면 “아, 그 선생님은 진짜 천사다”라고 생각하는 그런 분위기였어요. 그 선생님의 담당환자에 그 선생님의 이름이 걸려 있어도 막내간호사가 그냥 다 order를 받고 하는 게 당연한 것처럼 여겨졌어요(K 간호사).

병동에서 나타나는 대표적인 관행으로는 같은 시간에 근무하는 다른 동료들 돕거나, 특히 올드의 일을 대신 일을 처리해 주는 것이 당연한 분위기로 받아들여지는 것이다. 이는 병동의 ‘좋은 분위기’를 유지하기 위한 협업의 차원에서 바람직하다고 받아들이고 있는 간호사도 있지만 이것이 지나치면 상대 간호사에게는 업무 과부하의 문제를 낳을 수 있다. 그러나 이러한 관행이 개인에게 ‘비합리적인’ 것으로 여겨진다고 하더라도 이에 대해서 문제제기를 못하고 침묵할 수밖에 없다.

팀 마다 환자 중증도에 따라서 업무가 쏠리기도 하고, 저희 팀 같은 경우는 분위기가 좀 좋은 편이라서 다른 팀 일을 좀 많이 도와주기도 하고 그렇게 하는 편인데, 제가 아직 일한지 많이 되지 않은 편이라서, 좀 센스있게 이런 거를 미리 캐치해서 일하는 게 아직은 좀 힘이 드는 거 같아요. 그래서 일하면서 약간 좀 곤두서 있는 것 같고...이게 전반적으로 해주는 분위기이다 보니까 아무래도...저도 많이 받았고 그리고 사실 남들이 다 하는데 저만 안하면 그 자체가 푸쉬가 되기도 하니까 좀 곤두서서 챙기려고 하는 부분이 있습니다(D 간호사).

병동 내 간호사들 사이의 관계는 나쁘지 않았어요. 하지만 신규가 올드 일을 대신 해준다거나 그런 일은 지금도 굉장히 많구요, 올드 선생님들이 일을 하시는 분들도 있는데 안하시는 분들이 엄청 많고요, 그냥 말로만 일을 하시는 분들이 있어요. 그래서 acting은 자기 duty에 같이 근무하는 애들한테 일을 다 전가시켜서 시키는 거죠(M 간호사).

주로 비합리적이라고 느끼는 간호사는 신규 간호사이거나 낮은 직급의 후배 간호사이기 때문에 이에 대해 문제제기하기 힘들다는 것이다. 다수의 연구 참여자가 자신이 속한 병동에서의 여러 관행으로 인해 근무 시 스트레스를 받고 있다고 답하였다.

저희는 처음 신규가 독립을 하고 나면 막내가 식당에서 야식을 타 와야 하거든요. 야식을 새벽 2,3시쯤 먹는데 막내가 야식을 다 차려놓고 선생님들을 다 불러 모으는 것도 일이에요. 신규 때니까 제 일을 다 하기도 바쁜데 게다가 야식은 먹고 싶지도 않은데 야식을 차릴 생각도 못하고... 그리고 “너는 2,3시쯤에 야식을 찾아와야 해”라고 말해주는 사람이 있는 게 아니라 그걸 눈치껏 해야 하는데 저는 그걸 못한 거잖아요. 그래서 처음에 저는 눈치없다고 많이 혼났었어요. “넌 야식 안 먹을거야?” 이러면서...(G 간호사)

갑자기 환자가 너무 많거나 그러면 off지만 출근하라고 전화를 하는데 제일 낮은 연차부터 순서대로 전화를 하시거든요. 다들 어린 막내면 duty하는데 불이익 오거나 미움을 받을까봐 애기를 못하죠. 휴가도 3년에 한번 정도 4일 off를 받는 게 제일 길게 받는 거였거든요. 사람 수가 너무 많으니까.. 장기 off를 3년차부터 제비뽑기를 해서 받을 수 있는데 사람 수가 너무 많으니까 한 달에 2명 정도 받을 수 있거든요. 그걸 뽑으면 대체로 3년에 한번 씩 자기 차례가 돌아오거든요. 그렇게 장기오프를 제비뽑기를 해서 힘들게 한번 씩 받는데 연차높은 charge들은 원하면 그냥 언제든지 받아가고 그러더라구요(K 간호사).

간호 업무의 운영 방식과 절차에 있어서도 병동별로 각기 다르게 적용된다. 기본적인 입, 퇴원 등 환자배치에서부터 인력관리에 이르기까지, 그리고 병동의 자원을 사용하는 나름의 우선순위와 프로토콜이 존재하는데, 이러한 방식은 한 번 정해지고 난 후 여러 번 반복되다보면 쉽게 고착되는 경향을 가지고 있어 이를 새로 바꾸는데 많은 설득의 시간과 비용이 요구된다. 따라서 이러한 절차를 통해서 한번 형성된 분위기를 바꾸는 것은 매우 어려운 일로 인식된다. 이를 해결하기 위해서는 여러 사람이 변화의 필요성에 대한 동의와 합의에 도달할 수 있는 의사소통의 민주성이 발휘되어야 하는데 병동의 엄격한 위계질서 분위기는 이를 가로막는 장애물이 될 수 있다.

ICU에서 쓰는 CRRT 같은 경우에, “I/O를 negative 500에 맞춰주세요”하면 그날 그걸 고려해서 I/O를 맞추는데 그냥 sheet에 입력을 하면 어쨌거나 소계가 다 뜨잖아요. 근데 되게 특이했던 게... 저희끼리 “판대기”라고 부르는 종이에 I/O를

적는 게 있었는데 그걸 수기로도 6시간마다 8시간마다 해야 했거든요. 그런데 아무도 그 필요성을 못 느끼고 있는 상황에서, 일단 day keep charge한테 들어가고 수간호사님이랑 이야기를 하게끔 되는 건데 모두가 그걸 불필요하다고 말하고 있는데 charge 선생님 선에서 그걸 딱 끊고 그걸 얘기가 들어갈 통로가 아예 막힌 거잖아요. 수간호사님한테 말해봐야 똑같은 거고 그걸 저희가 직접적으로 말을 못하니까... 수간호사님한테 직접 말할 수가 없다고 다들 생각하고 있었거든요. 하지만 사실 그것 때문에 판대기를 맞추느라고 그 flow sheet의 입력이 더 이상하게 되는 경우도 있었거든요. 판대기의 I/O를 안 맞추고 퇴근하면 혼나니까 사실 그래서 일부러 역으로 맞추고 그랬던 적도 있었어요. 오히려 그게 일을 하는 사람 입장에서는 더 불편함만 가중시키고 오히려 더 불확실한 결과를 가져오는데 판대기 맞추느라고 이일에 얹매이다 보니까 모두가 불편함을 겪는 상황이라 이야기를 해봤지만 결국 차단을 당했고...(E 간호사)

타 간호사 동료와 또는 업무와 관련하여 부당함을 느끼더라도 이를 말하지 않고 그냥 넘어가는 경우가 많았지만 한 참여자는 동료 및 선배 간호사에게 용기를 내어 직접 “부당하다”고 발언하였다고 하였다. 그 결과, 병동 내 선배 간호사들을 중심으로 발언한 간호사를 비난하거나 근무 중 도움이 필요한 긴박한 상황에서 도와주지 않는 등 일종의 보복을 당하기도 하였다.

누가 봐도 부당한 일을 시킨 게 맞고, day 근무였는데 evening 약을 믹스해놓고 가라, 이런 식의 말도 안되는 얘기를 하면 “전 안하겠다”고, “제가 할 일은 아니잖아요.”라고 이야기를 하면 그 말은 맞으니까 (원칙적으로는 틀린 말이 아니니까) “애 미친 거 아니야?” 이런 식으로 반응을 하는데 더 이야기는 못하시고 “너 마음대로 해보라”고 하고 더 그러지는 않더라고요. 그 후론 그 일을 이야기했던 선생님의 같은 grade선생님들하고 일할 때 좀 불편하더라고요. 뒤에서 욕을 하니까.. “제가 그랬다며?” 이런 식으로 하면서 제 환자가 갑자기 중환이 되어서 처방도 엄청 나고 해야 할 처치가 엄청나게 많은데도 안도와주거나 그런 게 있긴 있었어요.(K 간호사)

(2) 비 일관된 업무지침과 절차

모든 병동에서는 발생하는 복잡한 상황을 최대한 효율적이고 빠르게 처리하기 위해서 프로토콜(protocol)을 마련해 놓고 있다. 이는 한 병동에 소속되어 있는 많은 수의 간호사들이 일관되게 업무를 수행하기 위한 행동 규칙(code of behavior)이며 문제가 발생하였을 때 정해진 절차에 따라 이를 해결하기 위한 지침과 방식(manner)이 되기도 한다. 이러한 프로토콜은 병동에 소속되어 있는 모든 구성원들에게 공통적으로 적용되는 원칙이며 이러한 프로토콜이 제대로 수립되어 있어야 병동이 효율적이고 원활하게 운영될 수 있다. 그러나 이러한 프로토콜이 병동의 실제 상황을 적절히 반영하지 못하고 있거나 정해놓은 원칙들이 기본적으로 지켜지지 않고 있다면, 기존의 프로토콜을 고수함으로써 잠재적으로 더 큰 문제를 낳을 수 있을 것이다.

비일관적인 것도 많은 것 같아요. 아마 같은 병원이지만 병동마다 프로토콜이 다 다를 걸요? 이 병동에서는 이렇게 했는데 다른 병동에 가면 다르게 적용이 되고.. 그리고 올드가 예전 버전의 내용을 알고 있으면 신규인 제가 제대로 알고 있더라도 인계받을 때 왕창 깨지고 뭐라 항변을 할 수가 없는 거죠. 혼나지 않으려면 그냥 가만히 있어야 하는 거예요. 그러니까 비일관적일 수밖에 없는 거예요.(D 간호사)

일선의 간호사들이 느끼는 프로토콜과 관련한 문제는 병동별로 일관적이지 않은 프로토콜이 존재한다는 점, 병동의 상황과 근무자의 현실을 적절히 고려하고 있지 못하다는 점, 변경 이전의 내용을 선배 간호사가 고수한다는 점, 마지막으로 공동으로 정해놓은 원칙들을 상사가 마음대로 훼손한다는 점 등을 지적하였다.

너무 자주 바뀌어요. '기준'이라든지 이 **병원의 규정이 엄청 많아요. 근데 그게 바뀔 때마다 엄청 인계를 하는 거예요. 쉬다가 오면 또 바뀌어 있고... 일하는 거에 대해서 너무 자주 바뀌니까 "이렇게 하자"했다가 "저렇게 하자"했다가, 또 진료과 협의회가 있잖아요. 협의회가 있을 때마다 이렇게도 바뀌고 또 저렇게도 바뀌고. 거의 수간호사님이 진료과협의회에 가시거든요.(I 간호사).

어떤 점에 있어서는 예외가 조금씩 생기기 시작하고 그게 횡수가 점점 많아지니까 저도 그렇고 다른 선생님이 불만을 조금 갖는 부분이에요. 예를 들어 저희 전동 순위는 병동 내에서 관리를 하고 있는데 전동가는 병동 수간호사님이 전화를 하시면 그 순위가 아니더라도 전동을 가는 경우가 많고 기존에 같이 만들었던 룰을 깨는 경우가 생각보다 종종 있어서 원칙을 지키는 동시에 룰을 깨시니 혼란스러움을 느끼고 있죠. 하지만 아무도 말을 하지 않죠(D 간호사).

(3) 떠밀려 온 남의 일들

주변 분위기 등 외부 상황에 떠밀려 비자발적으로 떠밀려 온 업무들이 많이 있음을 알 수 있었다. 상황에 의해서, 지위가 낮아서 떠맡게 된 업무로 인해 업무량이 늘어나고 이로 인한 스트레스가 쌓이며 갈등으로 번지기도 하였다.

분위기가.. 신규간호사나 연차가 낮으면 자기일은 덜 하더라도 할 게 많이 남아 있어도 선배간호사를 먼저 도와주는 게 당연하다는 그런 분위기가 있어서요. 근데 저는 제 환자 중에 안티(anti)가 밀려 있는데 어떻게 도와주지 그런 마음에 좀 외면을 했는데 그래서 욕을 좀 많이 먹었어요. 그냥 좀.. 막 혼낼 때 “제 환자들 처방을 수행하지 못해서 그랬다”라고 이야기하면 그렇게 해서 두고두고 오래 씹히는 경우가 있었어요. 개념이 없다는 식으로 씹혔죠(K 간호사).

이러한 업무는 간호사들 사이에서의 업무뿐만 아니라 의사 업무로부터도 떠밀려 온 업무들이 많이 있었고, 직종별 업무 영역이 모호한 경계에 있는 업무들도 있었다. 타 직종으로부터 떠밀려 온 업무를 수행함으로 인해 간호사는 근무 시간 중 업무 과부하를 느끼고 또 이를 둘러싸고 타 직종과 과업 갈등이 발생하기도 하였다.

인턴 업무량 겹치는 것은 샘플이나 드레싱 그런 거잖아요. 말턴이다 보면 흐지부지해지고 안 오려고 하고... 그런 게 아니더라도 그냥 저희가 다 해요. 전화해서 인턴이 오기를 기다리기보다는 그냥 내가 하고 만다, 그런 거죠. 그래서 저

의 병동은 ABGA도 저희가 해요. 진짜 여러 명의 환자의 샘플이 있을 경우에만 인턴한테 전화를 하거든요. 그런 것도 이해를 못해주고 “왜 또 연락을 했느냐”는 식으로 반응을 하는 게 있으니까. 그리고 드레싱 같은 경우도 그냥 저희가 해요. 인턴선생님이 오전에 원래 PA라고 해서 드레싱을 담당하는 간호사들이 있거든요. 그래서 내과 메인병동으로 PA들이 돌면서 드레싱을 오전 11시부터 12시까지 챙겨주는데 그 시간에 환자가 자리에 없거나 해서 못한 드레싱이나 내과 환자 말고 신경과나 GS 환자의 드레싱이나 그런 거는 PA가 안 챙겨주니까 인턴이 해야 하잖아요. 그런데 인턴이 안 챙겨요. 그래서 그걸 저희가 다 해요(Q 간호사).

솔직히 말해서 간호사가 기본간호를 할 때에는 팀 간호사가 좀더 편하게 일을 할 수가 있어요. 내가 보지 않아도 간호사가 더 꼼꼼하게 환자를 보고 우리한테 이야기를 해주거나 아니면 알아서 suction같은 걸 해주기도 하고 너무 바쁘다고 하면 feeding도 연결해주고 nebulizer이런 것도 다해줄 수 있거든요. 그런데 보조원님들 같은 경우에는 그런 걸 전혀 해주지 못하시니까... 일단은 딱 기본간호만 하세요. 체위변경 그리고 배설간호. 그것만 하시는 거니까. 어떻게 보면 간호 인력이 좀더 충원이 되어서 중간 중간 PRN이나 기본 간호팀을 상시적으로 하는 간호사가 있었으면 좋겠어요.(Q 간호사).

이러한 업무 떠넘기기에도 관행이 존재하여 일반적으로는 선배 간호사가 후배 간호사에게 일을 떠넘기는 경우를 목인하는 경우가 많았다.

일을 넘기는 것도 그게 올드면 좀 넘겨도 되요. 나보다 올드인 사람이 나한테 일을 넘기면 그냥 아무이야기 하지 않고 그냥 일을 묵묵히 하는 거고 심지어 같이 일하는 duty동안 투덜거리지도 못하고 그런데 나보다 어린애가 나한테 일을 넘기고 가면 일하는 내내 같이 일하는 선생님들한테 이야기를 하는 거예요. “쟤, 나한테 이거 이거 일을 넘기고 갔다”고.. 그리고 나서 그 다음날 그 친구가 출근을 하면 모두 다 함께 그 친구의 인사도 안받아주고 바라보는 눈빛이 달라지는 거죠(D 간호사).

이처럼 업무 분장이 불분명하게 명시되어 있는 경우 상황에 따라서 업무를 누가 담당할 것인가에 대한 합리적인 판단을 내려야하는데 간호사의 경우에

는, 특히 경력이 낮은 간호사의 경우에는 이러한 판단을 내리는데 있어서 판단 기준이 될만한 근거를 찾기 어렵고 그러다보니 상사나 선배 간호사가 시키는대로 또는 상황이 규정하는 대로 이를 담당하다보니 이에 대해 부당함을 느끼고 문제점을 지적할 수 있을 것이다. 그러나 주어진 현실에서는 이를 적극적으로 발언하기 보다는 침묵하고 그대로 받아들이는 경우가 대부분이고 이는 스트레스를 유발시키고 직무만족도를 떨어뜨리는 요인이 될 수 있을 것이다.

5) 쉽게 맞서지 못하는 갈등 상황

병원은 다수의 전문 직종으로 구성되어 있어 직종 간 이해관계가 다르고 조직 내 갈등이 많은 조직으로 알려져 있다. 면접에 참여한 간호사들 역시 가장 가까이에 있는 선, 후배 간호사와의 갈등이, 그리고 의사들과의 의견의 충돌 상황이 매우 빈번하였고 이에 대한 불만이나 문제점을 제대로 이야기하지 못해서 갈등이 더욱 악화되기도 하였다고 말하였다. “쉽게 맞서지 못하는 갈등 상황” 범주에서는 “서로 다른 입장의 충돌”, “말하기 어려운 관계의 문제들”, “소통하기 힘든 의사들” 등이 하위 범주에 포함되었다.

[표 12] ‘쉽게 맞서지 못하는 갈등 상황’범주의 하위범주와 핵심개념

상위범주	하위범주	핵심개념
쉽게 맞서지 못하는 갈등 상황	서로 다른 입장의 충돌	일의 우선순위에 대한 견해차이
		직종과 직급에 따른 판단
	말하기 어려운 관계의 문제들	간호사 간 관계의 문제를 크게 느낌
		올드의 “우월 전략”
		감정적으로 상처주기
		결과만을 중시하는 현실
	소통하기 힘든 의사들	대답없는 주치의
		환자 정보는 곧 권력
		수직적 관계

(1) 서로 다른 입장의 충돌

면접에 참여한 간호사들은 업무 중 같은 간호사들끼리 그리고 의사와의 사이에서 환자 치료와 관련한 의견의 차이를 느낀 적이 있다고 하였다. 결과에 대한 불확실성 속에서 가장 최선의 방법을 판단하고 결정해야 하는 상황에서 다양한 의견이 공존하는 것은 당연하다. 그러나 이러한 다른 의견과 입장이 서로 동등하게 존중되어지기 보다는 이로부터 파생되는 과업이나 관계의 갈등으로 발전되기도 하였다.

선생님들마다 약간... 중점적으로 두는 부분이 달라요. 의사들이 처방한 치료에 중점을 두는 선생님이 계신가 하면 저는 그게 좀 아니라고 생각을 하고 저는 약간 기본 care에 신경을 쓰는 편이거든요. 어차피 저희 병원에 오는 환자분들이 대체적으로 돈이 없으신 분들이 많아요. 그래서 사실은 정말 중요한 치료는 큰 병원에서 하는 게 맞다고 생각하고 우리병원이 요양병원은 아니지만 그래도 **의료원이라는 거기에 바라는 수준이 그렇게 크지 않다고 생각해서 정말 중한 병, 젊은 사람들은 큰 병원 가시고 그렇지 않은 분들이 오는 게 맞다고 생각을 해요. 그런데 일하는 선생님 별로 focus가 달라서 그런 애로사항이 좀 있는 거 같아요(C 간호사).

그냥 그런 분위기 자체가 우리는 위에다가 우리 이야기를 못해, 그리고 인계할 때도 신규 때부터 저는 이러이러한 생각을 가지고 이렇게 일을 했는데 올드가 뭐라 하면 자기 의견을 이야기했다간 더 뭐라고 하고 혼나고 틀렸다고 이야기를 듣고 그게 다음날이 되면 병동 전체 간호사들이 그걸 모두 알고 있으니까.. 인계를 통해서든 잡담 통해서든 다 전달되어서 다 알게 되니까... 그래서 그것을 당연하게 받아들이게 되었던 것 같아요(E 간호사).

이러한 결정의 결과가 환자에게 직접적으로 영향이 미치기 때문에 보다 전문적인 지식과 경험이 중요하고 유기적인 협력을 통한 최선의 결과를 도출하도록 하는 것이 바람직한 것이겠지만 현실의 업무 환경에서는 과업을 둘러싼

의료인들 간 의견의 충돌이 빚어지고 더 나아가 갈등으로까지 커지기도 한다. 이러한 갈등은 간호사들 사이에서만 아니라 간호사와 의사 간 갈등 역시 자주 일어나는 사례였다.

아무래도 뭐... 의사들이 생각하는 거랑 간호사들이 생각하는 거랑.. 아무래도 최우선에서 환자들하고 맞닥뜨려서 일을 하는 건데 저는 이렇게 봐서 주치의한테 이야기를 했는데 의사는 다르게 보고 “왜 이걸 이렇게 이야기를 했느냐?”는 식으로 이야기를 해서 그럴 때 문제가 생기기는 하는데... 그런거는 좀... 주치의들도 사람이기 때문에 자기가 친한 사람과 친하지 않은 사람은 좀 구분해서 반응을 하긴 해요. 그래서 친한 사람이 실수를 하더라도 너그럽게 봐주는데 친하지 않은 사람이 실수를 하면, 신규가 실수를 하면 정말 작은 실수도 크게 만들어서 뭐라고 하는 식으로 하긴 하죠(Q 간호사).

제가 봤을 때는 사소한 건데 그게 의사입장에서는 중요하다고 생각해서 갈등도 생기고...그랬던 것 같아요(L 간호사).

(2) 말하기 어려운 ‘관계’의 문제들

면접에 참여한 대다수의 간호사들은 근무 중 발생하는 환자와의 문제라든지 의사와의 업무 중 발생하는 문제는 상대적으로 발언하는 것이 어렵지 않다고 말하였다. 그러나 간호사들 사이에서 발생하는 문제는 발언하기가 매우 어렵다고 느끼고 있었다.

환자와 부딪치는 문제는 말하기 쉬워요. 환자랑 간호사 사이, 간호사와 의사 사이 문제는 꼭 미팅이 아니더라도 인계 시간에도 하긴 하는데, 이제 간호사랑 간호사 사이의 문제는 잘 말을 못하게 되요(A 간호사).

의사와의 문제가 있으면 그게 해결이 되든 안되든 수샘한테 한번쯤은 말해볼 수 있을 것 같다고 생각해요... 그런데 정작 간호사 조직 내의 문제는 말할 수

없을 것 같아요(G 간호사).

의사들 같은 경우는 사실 저희가 직접 말할 수가 있잖아요. 그건 조직간 의사소통이랑은 크게 상관이 없으니까 어쨌거나 의사는 한 달 보고 말거고... 아 그것도 좀 있는 거 같아요. 이 사람을 오래 볼거나 아님 잠깐 보고 말거나..하는 것도 좀 영향을 미치는 것 같아요.(E 간호사).

환자와의 갈등은 말하기가 더 편했던 것 같아요. 업무적인 문제... 의사와의 관계도 잘 도와주시는 편이에요. 일이 너무 많이 몰렸을 때 그거를 좀 줄이고 싶은데 그거를 말하기 어려운 것 같아요. 병동에 신규가 워낙 많아가지고 계속 신규 뒤를 계속 봐야하고 지금은 5~6명이 있어서.. 신규 때문에 힘든 게 있어요(B 간호사).

같은 간호 집단으로, 그리고 같은 팀으로 묶여있는 동료라는 생각으로 팀워크를 중시하거나 간호 집단 내의 분위기를 고려하여 문제를 크게 만들지 않으려는 대응전략으로 침묵을 선택하게 되는 것이다.

사실 의사들하고의 문제는 어차피 의사는 의사끼리 가는 게 있고, 간호사는 간호사끼리 가는 게 있어서 의사들하고의 트러블은 저희가 수간호사 선생님한테 자주 말씀드려서 '그러냐'고 받아들어 주시고 얘기도 해주시기도 하고 그러는데, 아무래도 같은 간호사다 보니까 선생님들과의 의견 차이는 잘 이야기 안하려는 게 있죠. 팀워크가 깨질까봐, 그리고 분위기가 흐려 질까봐 그런 게 좀 있죠.(C 간호사).

아무래도 공통적인 이야기이다 보니까 누구 어떻다더라 이런 식으로 병원 이야기도 많이 하죠. 아무래도 애들 입장에서는 선배 이야기가 좀 어렵지 않을까요. 환자이야기나 보호자이야기, 의사 이야기는 타인의 입장에서 바라볼 수 있으니까 말하기 편했을 것 같고 간호 안에서의 이야기는 좀 어렵지 않을까요. 간호사들끼리의 관계라든지 그런 이야기들은 좀...(P 간호사)

간호사들 사이에서 발생하는 갈등은 일차적으로는 그들이 수행해야 할 업무와 관련하여 시작되나 이러한 과업 갈등이 반복되거나 악화됨으로써 감정적

인 관계의 악화와 갈등으로까지 확장되어 나타나게 되었다. 특히 이러한 관계 갈등의 문제는 선배인 올드 간호사와 후배 간호사 사이에서 발생하는 경우가 더 빈번하나 위계라는 구조 하에서 이를 문제제기하기 보다는 참고 넘어가는 경우가 더 많았다.

근데 되게 이상했던 게 어떤 charge 선생님만 오시면 제가 맨날 '팅긴다'고 하잖아요. 맨날 튕겨 다녔거든요... 그 환자를 늘 보던 동기가 있는데도 저한테 assign을 하시는 거예요. 그러면 환자 파악도 새로 해야 하고...업무 효율성 자체가 너무 떨어지는데.. '이 사람이 나를 싫어하나'하는 느낌이 들 정도로.. 그래서 그게 좀 많이 화가 났던 것 같아요(E 간호사).

관계의 문제는...올드 샘한테서 느끼는 거지, 그걸 갈등이라고까지는 못할 것 같아요. '올드 선생님이 이렇게 해서 불만이다' 이런 건 있는데 입 밖으로는 이야기하지 않아요. 좀 권위적이시기도 하고 위계가 너무 분명해서...(I 간호사)

간호사들이 경험적으로 느끼고 있는 간호 직종 내부의 갈등 문제는 상대적으로 더욱 다양하고 빈번하게 느끼고 있었는데, 예를 들면 간호사들은 처음 발령받은 후 프리셉터로부터 개별 훈련을 받을 때 이들의 감정적인 대응에 대해서 문제점을 많이 느꼈지만 이에 대해서 침묵할 수밖에 없었다고 하였다.

제 preceptor 선생님이 아주 toxic하기로 유명한 선생님이었어요. 딱 첫인사하는 그날부터 타기 시작해서 응급실에서 preceptee하는 기간이 3달이었는데 3달 내내 활활 타오르고, 독립을 하고 나니까 좀 편하더라고요.(L 간호사)

preceptor가 예를 들어 set를 잘못 싸거나 그러면 그걸 발로 차기도 하고 그러셨는데 그게 너무 무섭고 너무 스트레스 받았어요(K 간호사).

퇴근을 했는데 전화해서 '뭐라 뭐라' 하고, 그 뿐만 아니라 '저도 잘하고 싶은데 못하는 것 같다'고 이야기하면 '내가 네 친구냐'고 '그런 건 나한테 이야기하지 말라'고 욕 아닌 욕을 막하고, 그 선생님 밑으로 제 다음 순번으로 신규가 들어왔었는데 저희는 처음부터 (저 신규가) 못버틸 것 같다 그랬었거든요. 워낙 그 선생님이 그래서... 다니다보니까 그 신규한테 '너 학교 어디 나왔냐' 이런 거부

터 시작해서 바닥에 떨어진 펜을 주워 드리려고 하는데 발로 차버리는 건 일도 아니고 말 폭력이 좀 많이 심해요.(A 간호사)

저는 preceptor가 안좋았어요. 신경질 많이 내고 무시하고 옆 사람한테 “너도 내 말을 못 알아 듣겠어? 애만 못 알아듣는 거야?”라는 식으로 이야기를 하고.. 차라리 독립했을 때가 더 나았어요. 지금도 같이 병동에서 근무하는데 제일 싫어해요.(I 간호사)

그러나 프리셉터의 입장에서는 정해진 시간 내에 신규 간호사를 병동 업무에 필요한 인력으로 만들기 위해 훈련을 시켜야 하지만 신규 훈련을 위해 별도의 인력을 배치하는 것이 아니라 자신의 일상 업무를 소화하면서 추가적으로 신규를 훈련시켜야 하므로 여러 어려움을 가질 수밖에 없다고 하였다. 병원의 구조적인 문제로 인해 집단 내부의 팀원들 사이의 감정적인 관계 악화로 전이되는 것이다.

저희 병원은 간호사가 셋밖에 없으니까 프리셉터를 오래 둘 수가 없는 거예요. 간호사 수가 부족하니까 프리셉터를 따로 한명씩 더 배치할 여유가 없어요. 그래서 일단 일을 가르치는 게 우선이니까 바이탈은 몇 시에 해야 하고 약은 언제 돌리고 inject은 어떻게 하고 그런 거 위주로 가르쳐주고 5~6개월이 지나고 나면 행정적 트레이닝을 따로 시키죠. noti.는 어떻게 하는지, 무슨 문제가 생기면 연락을 어디로 하는지 거의 보통은 다른 팀을 올드로 배치해두니까 거의 물어보면서 일을 하는 거죠. 그러니까 같이 일하는 올드는 좀 힘들죠. 똑같이 일을 하면서 애가 잘하는지 백업을 봐줘야 하니까.(P 간호사)

업무 부담이 너무 많아서 한 duty때 일을 하면서 신규를 교육시키기가 너무 힘들어요. 그냥 제가 하면 금방 끝날텐데 차팅하는 것부터 의사에게 noti.하는 것까지 가르치기가 너무 힘이 드는 거예요. 특히 요즘에 더 힘든데 환자 중증도가 올라가니까 해야 할 일이 더 많아지는데 제가 지금 두 명을 가르치고 있거든요. 그러니까 근무 시간에는 교육을 시키기가 너무 힘이 들어요. 그러니까 일이 끝나고 남아서 알려주고 퇴근을 하는데 그 퇴근이 점점 더 늦어지는 거예요. day 근무라고 해도 7시, 8시에 집에 가고 하다보니까... 그렇다고 프리셉터에 대한 수당이 따로 있는 게 아니고...초과수당을 주지만 그것보다 훨씬 더 많이 초과근무를 하는 거니까. 원래를 6주 training을 해야 하는데 그러고 나서 신규를 독립

을 시켜서 팀을 보게끔 해야 하는데 6주로 트레이닝이 안돼요. 그리고 독립을 시켜놨는데 독립이 안돼요. 그래서 계속 백업을 봐줘야하고...(Q 간호사)

이처럼 과업 갈등으로 시작된 간호사들 간 관계 갈등은 간호 집단 내에 이미 자리 잡고 있는 위계로 인해 상급자보다는 하급자에게 불리하게 작용을 하게 된다. 엄격한 위계 문화는 상급자로 하여금 상대적으로 불리한 위치에 있는 하급자를 막대해도 된다는 인식을 심어주고 하급자는 그 과정에서 감정적인 상처를 받고 이러한 과정이 반복되면서 집단 내 관계의 악화에까지 이르는 것이다. 한 간호사는 이를 상급자의 “우월 전략”이라고 표현하였다. 상급자가 하급자를 압도하는 것을 정당화하기 위한 하나의 전략이라는 것이다. 하급자는 이 우월전략으로부터 자신을 방어하기 위해서 침묵을 선택하게 되는 것이다.

특히 상급자나 위에 사람이 개인적인 기분에 따라서 인계를 조금 까칠하게 받는다던지 그런 식의 행동을 하게 되면 아랫사람 입장에서 그 사람 눈치를 보게 되는 거죠. 그게 비합리적이고 이해가 되지 않으니까 더 문제가 되는 거죠. 오히려 이게 이해가 되고 이 정도 선에서는 요렇게 행동을 할 거라는 게 예측이 되면 그 바운더리 안에서 일을 하고 얘기를 전달을 하면 되는데 내가 전혀 이해할 수 없는 방식으로, 비슷한 상황이라고 느끼는데 그쪽에서 오는 방향이 다르니까 그..예측할 수 없는 거에서 오는 스스로 방어하려는 게 있는 거 같아요. 그리고 올드들도 그걸 알고 있는 것 같고.. 굳이 좋은 사람으로 남을 필요도 없고 분위기 상 그리고 그렇게 하지 않았을 때 오히려 애가 내 눈치를 보니까 그게 오히려 우월전략인 거죠. 내가 이렇게 행동을 하게 되면 후배 간호사가 움츠러드니까...저는 오히려 그런 느낌을 많이 받았어요(D 간호사).

병원에서의 환자에 대한 진단과 치료의 최종적인 의사결정은 의사에게 달려 있다. 간호사는 이에 필요한 정보를 제공하고 의사의 처방에 따른 수행을 하도록 역할이 규정되어 있다. 그러나 환자의 상황과 결과는 항상 예측가능하거나 정해져 있는 것이 아니고, 간호사는 제한된 자원과 한정된 시간 안에 의사의 처방을 수행해야하기 때문에 때로는 의사와 간호사 간, 간호사들 사이에서

의견의 불일치와 대립이 발생하기도 한다. 이를 효과적으로 극복해 나가기 위해서는 원만한 의사소통을 통해서 이해와 설득이 우선시되어야 하나 지금의 병원 업무 환경에서는 설득이 아닌 명령으로, 이해가 아닌 무시로 일방적인 의사소통이 이루어지고 있는 것으로 보인다. 또한 업무가 일어나는 과정보다는 최종적으로 환자에게 나타나는 결과만을 중시하는 문화로 인해 업무 과정에서의 대립과 갈등은 결국 무시되거나 중요하게 고려되지 않고 있다.

병원에서는 관계가 중요한 게 아니라 결과가 중요하다고 보는 거예요. 게다가 그 결과도 굉장히 자의적이고. 제가 가장 많이 느꼈던 것 중의 하나는...이게 모든 기업의 문화인줄 알았는데 일반기업에 다니는 친구들, 의료직종이 아닌 친구들이랑 이야기를 해보면 이게 모든 기업의 문화는 아닌 것 같아요... 그런데 여기는 환자를 잘 보고 애러 안치고 이렇게 일하면 뭐 성격은 개차반이라 하더라도 상관없다 이런 분위기가 조금 있어서 그런 것에서 오는.. 뭔가 서로를 배려하지 않는 분위기..특히 상급자나 위에 사람이 그렇게 예상할 수 없고 개인적인 기분에 따라서 인계를 조금 까칠하게 받는다던지 그런 식의 행동을 하게 되면 아랫사람 입장에서 그 사람 눈치를 보게 되는 거죠. 그게 비합리적이고 이해가 되지 않으니까 더 문제가 되는 거죠.(D 간호사)

(3) 소통하기 힘든 의사들

효율적인 업무 진행을 위해서는 의사-간호사 간 긴밀한 협력이 요구되고 이를 위해서는 의사와 간호사 간 원활한 의사소통은 필수조건이라고 할 수 있다. 그러나 실제 간호사의 입장에서는 의사들과의 커뮤니케이션에서 많은 어려움을 느끼고 있다고 하였다. 정확하고 빠른 의사소통을 통해서 환자 치료에 관한 적절한 양의 정보가 공유되고 의사결정이 이루어지는 것이 바람직한 절차이나 실재는 그렇지 못한 것이 현실이다.

의사들이 좀 많이 바쁘니까 맨날 전화하고 문자하고 전산메시지가 있어요. 그런

세 개가 있어서 웬만한 건 전산메시지로 해달라고 하죠. 그런데 그걸로 보내면 답장이 오는 건 아니잖아요. 그러면 전화하면 전화했다고 뭐라고 하고... 근데 확인안할 수가 없으니까. 이번에 진료과 협의회에서 그렇게 해달라고 해서... 그래서 의사들하고 트러블이 많아요.(I 간호사)

의사들과의 갈등은 주로 의사의 처방대로 처치가 이루어지지 못했을 경우에 발생하는데 이는 정보를 주고받는 의사소통이 이루어지는 방식이 원활하지 못했거나 정확하게 전달되지 않았을 경우에 발생하는 것으로 나타났고, 이런 경우 의사들 역시 담당 간호사에게 보복을 하거나 무시하는 등 비이성적으로 반응하기도 하였다.

의사들이랑 관계에서.. lumbar drain을 하는데 의사들이 몇 cc/hr로 해달라고 하면 그걸 진짜 잘 지켜야 하거든요. 그래서 밤에도 굉장히 자주 가서 봐줘야 하는데 그날따라 바꿨고 그것도 제가 잘 조절을 해놔도 자세에 따라서 계속 바뀌거든요. 그래서 후루룩 빠진 거예요. 제 duty동안 빼야할 걸 한 시간 동안 빠진 거예요. 그걸 noti를 했더니 의사가 열을 받아서 잠도 안자고 와서 의사가 order를 넣다가 뺐다가 넣다가 뺐다가 이거 하랬다가 저거 하랬다가 해서 정말 무의미한 order를 넣었다가 뺐다가 하면서 환자한테 실수했다고 저를 계속 골탕 먹이는 거예요. 그런데 그걸 모든 간호사들이 알면서도 그냥 있는 거예요. 그 의사한테 뭐라 해주지도 않고 수간호사님도 그걸 알고도 그냥 넘어가고... 저를 나무라시면서 오히려 의사 편을 드시는 거예요. 그러니까 서운하기도 하고...(G 간호사)

아직도 권위적인 사람이 있어요. 'noti하지 말라고, 니 noti 안받는다'고 어떤 사람은 noti 하나 하는데도 아예 똥씹은 표정이라고 해야하나 그러면서 밟는 선생님이 있고, 사람(간호사) 가려가면서 (noti) 받는 선생님있고 하다보니 그런 면에서는 상처를 받기도 하죠.(A 간호사)

의사들도 그런 거 같아요. 부끄러운 줄을 몰라요.. 지금 그 행동이 같이 일을 하는 사람으로서 굉장히 부적절한 행동인데도 불구하고 부끄러운 줄 모르는 것 같아요. 그냥 시쳇말로 "사회성이 떨어지네." 라고 하는데 그렇게 말하는 것 자체가 어느 정도 이 분위기를 좀 반영하고 있는 것 같거든요. 이게 일단 일은 문

제가 없다는 거잖아요. 일은 잘 하지만 사회성만 떨어진다는 건데... 그런데 기본적으로 그 일에 커뮤니케이션을 포함하고 있는데 커뮤니케이션을 중요하게 생각하고 있지 않는다는 거죠. 본인이 의사결정을 하는 입장에서 커뮤니케이션을 덜 중요하게 생각하고 있는 것 같고.(D 간호사)

특히 지방에 위치한 병원인 경우 의사-간호사 간 관계는 수직적 관계에 가깝다. 수직적인 직업적 관계에서는 상호작용에 의한 원활한 의사소통보다는 명령과 지시에 의한 업무 수행이 이루어지기 쉽다. 따라서 이러한 관계에서는 구조적으로 아래에 위치해 있다고 느낄 경우 부당한 절차와 문제에 대해서 직접적으로 문제제기를 하는 등의 발언보다는 이를 참고 복종하는 침묵을 선택할 가능성이 더 높게 되는 것이다.

간호사의 포지션이 좀 많이 달라요. 그게 제일 힘들었어요. 의사하고의 관계..의논하고 환자에 대해서 상의하고 약간 동등한 관계라고 생각하고 일을 했는데 여기 오니까 완전히 수직관계더라구요. 그래서 의사들하고 많이 부딪치기도 했어요. 자연스러웠던 건 의사들이 간호사들한테 하대를 하는 게 있어요. 어떨 때는 이름을 부르며 "○○야 이거 해" 이런 식으로 이야기를 하기도 했구요. 제가 생각할 때 그게 이 병원에서는 너무나 당연시 되었던 이야기였어요. 중환자실에 근무하는 간호사들한테 "너희들의 권리는 너희들 스스로 고쳐라"라고 이야기를 하긴 하는데 그게 잘 고쳐지지 않는 부분이기도 했어요.(O간호사)

원래 의사들이 그런 게 있잖아요. 약간 좀.. 폭언 비슷한 거... 듣기 거북할 정도의 언사들.. 그런데 그게 너무 일상적이 되니까 그거에 대해서 (간호사들이) 크게 생각을 안하는 거 같아요. 그러려니.. 아 저 의사는 원래 그런 사람.. 그렇게 하고 뒤에 가서 욕하고 그냥 넘어가고 그런 건 좀 있었죠.(P 간호사)

간호사들은 의사가 처방에 의해서 병동에서 처치를 수행하지만 환자치료에 대한 계획과 정보가 충분히 공유되는 것은 아니다. 의사와 간호사 간 커뮤니케이션이 원활하게 이루어지지 못하고 있는 관계에서는 이러한 정보의 불균형은 의사-간호사 관계를 좀 더 종속적인 관계로 만들 수 있기 때문에 동등

한 입장에서 자유로운 의사소통을 기대하기란 불가능할 것이다.

보통은 plan이... 병동에 회진을 오기 전에 회의를 하잖아요. 그러면 거기서 plan이 다 결정이 되거든요. 그러면 거기서 noti.할 건 다 하고 환자 하나하나에 대해서 얘기를 한 다음에 병동으로 가서 환자한테 이야기를 하는 거라... 거기에 수간호사 선생님이나 파트장님이 참여하기가 어렵고 실제 회진 돌 때 환자한테 이야기를 하는 거는 저희가 알고 있는 것의 1/10만 이야기를 하는 것이기 때문에..그런 게 저도 병동에 있을 때 좀 그랬거든요. 처방이 났을 때 왜 그렇게 해야 하는지 그걸 받아들이는 입장에서 갑자기 왜 들어가야 하는지도 잘 몰랐으니까....의사는 좀 불편하잖아요. 얘기를 할 때 바쁘니까 화도 많이 내고..(M 간호사)

6) 피하고 싶은 부당한 책임들

병원에서의 ‘책임’의 문제는 매우 민감한 사항이다. 환자의 치료와 처치에 서 발생하는 의료사고는, 그 수준이 경미한 것이라 할지라도 더 큰 문제, 즉 환자의 생명과도 직결될 수 있고 이는 곧 의료소송이라는 법적인 책임의 문제로까지 연결될 수 있기 때문이다. 또한 침묵 경험과 관련하여 연구 참여자들은 업무 과정에서 발생하는 “책임”의 문제를 자주 언급하였다. 그리고 그 책임에 따르는 상사와 동료들의 비난의 시선으로부터 피하고 싶은 마음을 드러냈다. 본 “피하고 싶은 부당한 책임들” 범주에서는 “책임 떠안기기”, “인계되는 책임”, “환자안전보고서는 처벌 보고서”, “비난의 화살”을 하위 범주로 제시하였다.

(1) 책임 떠안기기

병원 간호사들은 학교에서 간호학을 배우면서 환자에 대한 책임이라는 직업

[표 13] '피하고 싶은 부당한 책임들' 범주의 하위범주와 핵심개념

상위범주	하위범주	핵심 개념
피하고 싶은 부당한 책임들	책임 떠안기기	"총알받이" 색출하기
		부당한 책임 떠넘기기
		환자에 대한 과도한 책임
	인계되는 책임	부정확한 처리와 전달
		불분명한 책임 소재
	환자안전보고서는 '처벌' 보고서	결과 끌어안기
		시스템이 아닌 사람의 문제
	비난의 화살	쏟아지는 비난의 화살 동료, 의사로부터의 비난

적 책무감을 학습하고 실제 간호사가 되어 이를 체득하게 된다. 실제 환자를 직접 대면하는 간호사들은 유독 환자의 안전에 관한 '책임'에 대해서 지나치게 큰 부담감을 가지고 있었다. 환자의 생명에까지 영향을 미칠 수 있는 치명적인 의료사고가 아니라 하더라도 '근접 오류(near miss)'와 같이 병원 업무 중 발생한 사소한 실수에 대해서도 매우 냉정하게 책임을 따지고 그 댓가를 치러야 하는 게 현실이었다. 따라서 병원에서 발생하는 많은 사안들에 있어서 "누가 책임을 질 것인가"를 결정하는 문제가 매우 민감한 사안이며 동시에 자칫 자신에게 돌아올 수 있는 부당한 책임을 회피하고자 하는 소극적인 자세가 바로 침묵을 발생시킬 수 있는 조건이 되는 것이다.

문제가 많죠. 기본적으로 내 의견을 피력할 수 없는 게, 대안 제시를 하면 책임 전가를 하니깐요. 예를 들어 제가 뭐 하나 건의를 하면 "만약에 이게 잘 되지 못했을 경우나 문제가 생겼을 경우에는 어떻게 할거냐? 그런 식으로 대안제시에서 책임 전가를 물어보니까 말을 할 수가 없구요. 기본적으로 뭔가 의견제시가 안 받아들여지니까... (F 간호사)

상황에 따라서 이를 누구의 잘못으로 돌릴 것인가를 구분하는 게 쉬운 일이

아니다. 환자의 상태가 예측가능하지 않을 수도 있고 그러나 간호사 입장에서는 일차적으로 간호사에게 그 책임이 돌려지기 쉬운데 일선에서 일을 하고 있는 간호사들은 이에 대해 부담을 가지고 있으며 근본적으로 시스템의 문제가 아닌 개인의 문제로 책임을 돌리고 끝나는 현실을 지적하였다. 우선적으로 간호사에게 그 책임을 전가하는 이유는 환자를 24시간 지속적으로 대면하고 접촉하는 직업군이 바로 간호사이며 환자 치료과정에서 발생하는 대부분의 검사, 투약, 처치에 관한 절차에 모두 간호사가 관여하기 때문이다. 이 점에서 간호사들은 이를 간호사로서의 기본적인 윤리이고 책무라고 받아들이고 있지만, 동시에 지나치게 과도한 책임 전가에 대해서는 “부당하다”고 여기고 있었다.

예를 들어 혈액은행에서 폐기시켜야하는 혈액을 보냈는데 그게 잘 못되었다면 혈액은행 직원의 잘못이 있다 하더라도 그 보고서는 간호사가 써야 되요. 왜냐 하면 혈액을 받고 나면 다시한번 더 확인하고 acting하는 것은 간호사가 해야 할 일이니까... 당연히 부당하다고 얘기를 하죠. 그런데 그래도 결국에는 간호사가 해야 할 일이고 보고서를 쓰는 것은 반성문이 아니라 병원차원에서 고칠 수 있도록 하는 거니까 간호사가 쓰는 게 맞다고 하지만 그래도 간호사의 성과에 반영되는 것은 부당한 것 같아요.(H 간호사).

특히 환자 치료에 필요한 의학적 지식의 양은 방대하고 치료에 필요한 방법 역시 매우 다양한데 이러한 정보와 방법을 모든 의료진들이 동등하게 잘 알고 있지는 않다. 이러한 정보 공유의 비대칭 상황에서 환자의 치료 결과 역시 예측하기 힘든 경우도 많기 때문에 예측하기 힘든 상황과 결과에 대해서 항상 의심하게 되고 만일 문제가 발생했을 경우 항상 누구의 책임인가를 가리는 것 역시 매우 민감하게 받아들여지게 된다. 응급실에서 근무했던 한 간호사는 자신이 정확한 투약 정보를 가지고 있었음에도 불구하고 이를 정확히 알고 있지 못한 다른 동료들로부터 비난을 받았던 경험을 이야기하며 이를

계기로 발언에 더욱 소극적인 태도로 변하게 되고 입을 닫게 되었다고 하였다.

마치 제가 무슨 큰 error를 내고 내가 문제자가 된 것처럼 그런 식으로 대해서 당황을 했었는데 과장이 **병동에 전화를 해서 확인을 했더니 제 말이 맞다는 거예요. 아니 그래서 그게 너무 웃기잖아요. 정작 응급실에 있는 간호사말은 안 믿고 **병동 간호사말은 믿고... 그 병동 간호사랑 나랑 다를 게 없는데 **병동 말이 맞다는 게 너무 웃기고... 나중에야 과장님이 저한테 와서 몰라봐서 미안하다고 얘기하기는 했지만... 그런 식인 거죠, 마치.. 제가 틀린 얘기를 한 것도 아니었고 그냥 원칙대로 얘기했을 뿐인데 그냥 하던 대로 지침에 규칙에 어긋나는 것도 아니었고 근데 그걸 마치 자기네가 그걸 잘 몰랐다는 이유만으로, 자기네가 생각하기에 위험하다는 이유만으로 그렇게 했다는 게 그때 기분이 엄청 나빴구요, 그런 식이면 제가 사실 문제가 생겨도 말을 안 할 수밖에 없는 거죠. 선의로 정확한 원칙을 얘기했는데도 제가 잘못되었다고 반응을 하니깐 굳이 제가 그런 부담을 안고 말을 할 필요가 없는 거죠(F 간호사).

또한 업무 숙련도가 낮고 임상 경험이 짧은 신규 간호사의 경우는 책임에 대해서 더욱 부담스럽게 받아들일 수밖에 없다. 결국 발생하는 사소한 잘못에도 자신보다는 경험이 더 많은 상사나 선배 간호사로부터의 비판과 비난으로부터 자유로울 수가 없다.

저희는 항상 약을 받으면 이중 확인을 받거든요. 그럴 때마다 항상 제가 보고 잘못했다는 게 걸리는 거예요. 제가 아무리 숨기려고 해도 항상 나중에 넘어가면 결국엔 들키게 되는 거예요. 그래서 엄청 혼이 나고 그랬던 경험이 있죠. 그래서 숨길 수 있으면 숨기고 싶지만 그럴 수 없었던...(H 간호사)

운이 좋으면 그냥 넘어가는데 혹시 환자 상태가 안좋아지면 언제 누구부터 안 좋아지기 시작했나를 추적조사를 해서 애 때부터 안좋아졌다고 그러면 “애가 noti.를 안했다” 이렇게 말이 나와서 전체 인계 때도 깨지고...(G 간호사)

따라서 자신이 알고 있는 지식을 통해 “소신껏” 일을 했다 하더라도 이에 대

해 선배나 상사가 동의하지 않고 이를 잘못했다고 하면 무조건 자신의 잘못으로 수용해야만 하는 분위기가 형성되어 있고 자율적인 판단이 아닌 통제받고 감시받는, 그래서 자신에게 돌아올 일차적인 책임과 비난으로부터 모면하기 위한 태도로 업무에 임하고 있다고 하였다.

우리는 우리가 뭔가 소신껏 일을 해도 다른 사람이 뭔가 잘못했다고 이야기를 하면 “나는 이러이러한 이유로 소신껏 일을 했어요.”라고 말을 할 수 없고 무조건 “아, 죄송합니다.”라고 말해야 하는 분위기가 딱 맞춰져 있으니까 어쩔 수가 없어요.(F 간호사)

따라서 긍정적인 변화를 가져올만한 좋은 아이디어나 정보를 가지고 있다고 하더라도 이를 발언하는데 주저하게 되고 소극적이고 방어적인 태도로 임하게 된다.

제가 먼저 말을 하면 네가 다 책임져라 그럴까봐 말을 못하는 것도 있고... 다른 선생님 경우에는 그런 적이 있었던 것 같아요. 잘 기억나지는 않는데, 무슨 프로세스 개선안 같은 거였는데 모두가 조금씩은 문제라고 생각하고 있었던 거였는데 총대를 메서 하신 건지 아니면 아무 생각없이 하신건지 까지는 잘 모르겠지만... 제안을 했다가 그걸 책임을 져야 했던 적이 있었어요.(L 간호사)

그리고 문제점이 해결되려면 실질적으로 사건이 터지고 난 후에야 이를 문제라고 인식하고 “소 잃고 외양간 고치기”식의 문제 해결을 하게 되는 것이다.

그러려면(문제가 해결이 되려면) 문제가 생겨야 하죠. 사건이 터져야 되죠. 터지기 전까지는 그걸 알 수가 없어요. 소 잃고 외양간 고치는 식이에요. 소를 잃어야지 뭔가 해결이 되는 게 참 답답하죠. 최근에 기억나는 거는 낙상, 저희가 주 사실이니깐 couch가 있거든요. 의자가 있고 발받침이 있는데 그걸 양옆에 같이 붙여놓으면 환자분들이 꼭 발받침에 앉는 거예요. 무의식적으로 보이는 대로 앉으시니까 그 사이에 빠져서 주저앉는 사례가 있었거든요. 저도 적극적으로 대안 제시를 못했고 위험하다, 우리가 조심해야겠다고만 얘기를 했었구요. 당연히 반응은 전혀 없었고요... 그런데 몇 번 환자가 넘어져서 응급실가고 그런 사건이

있어서야 그제서야 문제가 부각이 되었어요. 그래서 제가 의자를 옆으로 놓자고 얘기를 해서 개선이 된 적이 있었어요.(F 간호사)

(2) ‘인계’되는 책임

병동에서 24시간 환자를 간호해야 한다는 간호 근무의 속성 상 간호사는 3교대근무제를 시행하고 하루에 3차례 환자 치료 및 간호 정보에 관해 인수인계 시간을 갖는다. 인계 동안 환자 치료와 관련된 정보와 경과가 정확히 전달되어야 이를 효율적으로 실행할 수 있고 피할 수 있는 사고를 예방할 수 있으므로 일선의 간호사들 역시 인수인계의 중요성을 누구보다 잘 알고 있다.

네 인계를 확실하게 넘기기 위해서, 특히 사람이 생각을 해서 인계를 넘기는 것이기 때문에 구두인계잖아요, 구두인계여서.. 잘 적어야지 남을 수 있어요. 제가 오전에 출근을 해서 오전에 들었던 이야기가 오후에 다른 일을 하다보면 갑자기 생각이 안날 수도 있기 때문에 그걸 예방하기 위해서 워크시트에 자세하게 적거나 아님 워크시트에 간략하게 적더라도 경과기록을 해가지고 다 적어놓거든요. charting을 자세하게 다 적어놔서 한 duty에 상태가 안좋은 환자는 물론 charting 내용이 많겠지만 상태가 괜찮은 환자들도 charting을 보면 거의 한 바닥이에요. 그런 중요한 것들을 다 적기 위해서..그래서 charting에 소모되는 시간이 또 많고(Q 간호사).

저는 책임이 제일 중요하다고 생각되는 거예요. 제가 봤을 때는 이제까지의 그 아이의 행적을 봤을 때, 만약 인계를 제대로 못 들었어요. 그러고 나서 그 다음날 제가 다시 근무를 나와서 인계를 받으면 내용이 와전이 되어 있는 거예요. 이게 몇 번 반복이 되니까 제가 재차 확인을 하게 되는 거예요. 크게 환자가 해를 입거나 그런 적은 없었는데 행정적인 일들이 되게 많이 꼬이죠.(P 간호사)

교대 근무 중 발생하는 환자의 문제는 책임 소재를 명확하게 구분하기가 애매한 경우도 많이 있다. 자신보다 먼저 근무한 간호사로부터 비롯되어 발생한 문제이거나, 설령 의도하지 않았고 예측하기 힘든 것이라 할지라도, 책임은

최종적으로 문제가 발생한 시점에 근무한 간호사에게서 전가되기 때문에 이에 대한 일선 간호사들의 부담감과 스트레스는 매우 큰 것이 사실이다.

...식이 발행이 되었다는 얘기만 듣고 그걸 확인하지 않은 건 제 잘못이긴 한데.. 그 식이발행이 잘못되어서 (환자) 엄마가 난리가 난 거죠. “애가 이걸 먹었다”라고 해서 수간호사님이 저한테 무조건 이걸 사과를 하라는 거예요. 주치의도 간호사한테 투사를 하는 거죠. 자기도 엄마한테 받은 스트레스가 있으니깐. 심지어 의사가 저를 뒤로 불러서 ‘너 똑바로 하라’는 식으로 그랬었어요. 그래서 정말 위축되고 억울하기도 하고 했었죠. 근데 선배 간호사한테 따져서 얘기를 할 수도 없었구요. 신규니까 그냥 당할 수밖에 없었고 그 환아 엄마한테 미안하다고 했는데... 나중에 수간호사님이 사과할 필요가 없었는데 왜 사과를 했냐고 하시는 거예요(F 간호사).

이번 메르스 있고 그럴 때 특히 심했어요. 근데 이게 문제인 거 같아요. 제 앞턴이 수액을 다 쫓아요. 다 주면 안되는데 쪽 들어가 버렸어요. 그때가 나이트였는데 엄청 바빴거든요. 메르스 환자가 BP drop되면서 계속 입고 벗고 BP 재고 하느라.. 거의 11시부터 라운딩을 시작했는데 1시쯤 noti.를 하게 된 거예요. BP drop된 걸 12시 정도에 알았지만.. 당직 의사한테 noti.를 하는데 당직의사는 또 어쨌든 간호사가 잘못된 거잖아요. 전 턴이 잘못된 거였어도.. 그랬더니 “출근해서 뭐 했어요?” “어때까지 noti도 안하고 뭐했냐?” 이런 식으로 얘기를 하는 거예요. 자존심 상하는 말을 해서... 내가 잘못된 것도 아닌데 책임을 나한테 묻고, 상황도 잘 모르고...(L 간호사)

따라서 발생한 문제에 대해서 책임을 져야하는 간호사는 앞서 근무한 간호사를 원망하게 되고, 이는 결국 간호사 간 관계 갈등으로 번지기도 한다. 간호사의 근무가 교대 근무라는 속성 상, 환자치료가 연속적이고 동질적으로 이어지도록 하기 위해서는 인수인계를 통해 현재의 진행 상황을 서로 꼼꼼하게 파악해야 하고 이 과정에서 일선의 간호사들은 문제가 발생하지 않기 위해서 지속적으로 모니터링하고 있으나 불가항력적으로 발생하는 사고에 대해서까지 간호사에게 책임을 묻는 현재의 구조에 대해서는 문제라고 느끼고 있었다.

나이 많은 분들이 갑자기 화장실에 가시겠다고 일어나서 거동하다가 밑에 보호 자침대에 걸려서 넘어지면 낙상이 생기고 그러면 최종 책임은 그쪽 병동이 되는 거죠. 낙상보고서를 작성을 하기는 하는데 그 보고서를 작성할 때 상태가 언제 발견이 되었고 상황을 보고하도록 되어 있는데 결국에 최종 서명은 간호사 사인이 들어가요. 저희가 24시간 상주할 수 있는 것도 아니고 메인스테이션이랑 서브스테이션까지 두어서 가까이에서 볼 수 있게끔 되었지만, 그리고 거울이랑 이런 것도 다 붙여서 잘 보이게 해놨지만 그런 경우에도 바로 곁에 있지 않다 보니까 환자분이 떨어지시는 걸 제 눈으로 보는데도 뛰어가서 잡을 수가 없으니까... 그렇지만 최종적으로 문제 시 되었던 것은 그 당시 담당했던 간호사가 되긴 해요. 최선을 다해서 보긴 했다고 하지만 그런 거는 다 소용없고 결과만 문제시되니까 그런 게 좀 부담이 되는 것 같아요.(Q 간호사)

업무 중 서로의 실수나 누락 등의 ‘근접 오류(near miss)’에 대해서 책임을 가리기 위해서라도 인계 시 치료에 필수적인 정보뿐만 아니라 업무를 담당했던 간호사의 행적까지 고스란히 전달하게 되는데, 이때 자신이 부당한 책임을 떠맡기 않기 위해서라도 더욱 방어적인 자세로 업무에 임하게 되는 것이다. 한 연구 참여자는 간호사 교대근무의 속성을 자세히 설명하며, 이러한 속성을 제대로 반영하지 못하는 병원 시스템의 문제를 지적하기도 하였다.

간호사의 일이 교대근무니까...이게 어쨌든 내가 8시간 동안 근무한 것을 내 다음 duty가 받고 이런 식으로 일을 하니까 일을 하면서 다 알 수밖에 없고. 다른 직장 같으면 계속 내가 붙잡고 있는 거니까 ‘아 이거 빠뜨렸네’하면서 그냥 내 선에서 처리하고 말 것을 여기서는 다음 duty가 발견을 하게 되니까... 업무의 특성이 내가 했던 일을 그대로 다음 사람한테 넘겨야 하니까 그리고 그 일을 받은 내가 그걸 발견하지 못하면 나도 잘못된 사람이 되는 거예요. A가 잘못을 했는데 B인 내가 근무를 하는 동안 그걸 발견하지 못하고 C가 그걸 발견을 했으면 A만 잘못된 게 아니라 B도 같이 혼나는 것이고 만일 내가 중간에서 발견을 했으면 이건 내 책임이 아니고 A의 책임이라는 것을 명확하게 해야 하기 때문에 인계를 하면서 그 부분을 강조할 수밖에 없는 거고, 그럼 듣는 C 입장에서 ‘아 A가 정말 일을 이따위 밖에 못하는구나’ 이렇게 생각을 할 수밖에 없는 거고 B인 나는 본의 아니게 fact만 dry하게 전달했다 하더라도 C와 함께 A의 책임을 한 게 되는 것이죠. 왜냐하면 내 책임이 아니라는 것을 증명해야 하니까

(D 간호사).

이런 책임 전가가 본인의 의지와는 상관없이 되는 경향이 있기 때문에 어쨌건 모든 것에 대해서 소극적일 수밖에 없고 방어적으로 일을 할 수밖에 없는 것이죠(D 간호사).

이에 대해 한 간호사는 이미 병원 전체적으로 만연하고 있는 “총알받이 찾기”문화에 대해서 꼬집었다.

전체적으로 병원 문화가 그런 것 같아요. 그냥 시쳇말로 사건이 터지면 ‘총알받이’ 갖듯이.. 우리는 추적하잖아요. 집요하게... 문제가 생기면 이걸 구조적인 원인으로 접근하고 뭔가 시스템적으로 개선한다거나 하는 건설적인 방향이 아니라 스케줄부터 뒤지잖아요. 누가 했었는지, 추적하면서 범인을 꼭 색출해서 비난하고 하려고 하니까 점점 사람들이 소극적으로 바뀌고, 봐도 못 본 척 하고 들어도 못들은 척 하게 되는 거죠. 그게 가장 큰 것 같아요(F 간호사).

그리고 다른 병원에 근무하고 있는 간호사 역시 의료과오에 대해서 책임지고 보고서를 작성할 사람을 “색출”하기 위해서 추적하는 지금의 문화에 대해서 불만을 가지고 있었다.

(병동에서) 전화가 오고 그런 적은 많죠. 뭘 확인한다든가 욕창이 생겼는데 “언제 그걸 봤니?”, “피부사정을 언제 했니?” 뭐 이런 거를 카톡으로 물어봐서 색출을 하려고 하죠. 그래서 그 사람을 찾아서 PSR 보고서를 쓰게 되어 있어요. 그걸 써야 하는데 그걸 쓸 사람을 색출해내기 위해서 막.. 언제까지 피부상태를 확인했는데 2월 5일에 생겼으면 2월 3, 4일 근무가 누구인지를 다 찾아들어가서 단체 카톡이 와요(I 간호사).

최종적으로 환자에게 미치는 결과가 경미한 것이더라도 의료 사고는 일어나서는 안 되는 것임을 일선의 간호사들 모두 잘 알고 있었다. 그러나 이러한 환자 안전의 문제는 일선의 간호사뿐만 아니라 병원 조직이 전체적으로 경각

심을 가지고 사전에 예방하기 위해 구조적으로 해결해야 하지만 현실은 그렇지 못하기 때문에 일선의 간호사들은 문제가 터지는 “마지막 구멍을 쥐고 있지 않기 위해” 더욱 방어적인 태도로 업무에 임하게 되는 것이다.

학교에서 배웠던...스위스 치즈 모델에서...그 에러가 발생하려면 모든 구멍이 같이 발생을 해야 한다... 저는 일을 하면서 이게 정말 위대한 이론이라고 생각을 했어요. 그런데 현실은 구멍이 뚫렸으면 그냥 그 구멍 잘못이예요. 정확히 말하면 마지막 구멍을 쥐고 있는 사람 잘못이 되는 거예요(D 간호사).

따라서 예측가능한 의료 과오나 근접 오류를 사전에 모두 예방할 수 있는 병원 시스템이 매우 중요한 것이다. 그러나 일선 간호사들은 현실 속에서는 이와 같은 환자안전의 문제를 시스템이 아닌 개인의 문제로 바라보는 시각에 대해서 답답함과 부당함을 느끼고 있었다.

(3) 환자안전보고서는 ‘처벌’ 보고서

거의 모든 병원에서 환자 치료 중 발생한 처치, 투약 오류 사고, 욕창, 낙상 등의 안전사고 등이 발생하면 이에 대한 경위 보고서를 작성하도록 하고 있다. 이는 안전한 병원 환경을 조성하기 위하여 의료과오의 원인을 찾고 이를 사전에 예방할 수 있도록 병원 차원에서 구조적인 개선을 위한 것이나(김정은 등, 2007), 아직까지 우리나라 병원에서의 일선 의료 인력이 체감하고 인식하는 목적과 취지가 정확히 일치하고 있지는 않는 것으로 파악된다. 환자를 가장 가까이에서 접하고 환자 안전 문제에 가장 민감하게 인식할 수밖에 없는 일선의 간호사들은 환자안전보고서를 자신의 실수나 과오를 비난하기 위한 평가라고 여기고 있으며 보고서 작성 등의 관련 방침과 절차들을 매우 부담스럽게 받아들이고 있었다.

병동에 PSR 보고서라는 게 있거든요. 잘못해서 환자 안전사고 사례가 발생하면 보고서를 작성하도록 되어 있거든요. 지금이야 그게 반성문이 아니고 환자안전 을 위해서 짚고 넘어가야하기 때문에 쓰는 것이라고 받아들여졌지만 신규 때는 그거 하나하나 쓰는 게 굉장히 사직 욕구가 들만큼 무서웠어요(H 간호사).

그러나 이러한 의료 과오나 사고에 대한 보고체계가 실질적으로는 일관되게 적용되고 있지 않고 특정 사람에게만 내려지는 ‘처벌’처럼 받아들여지게 되는 도구로서 기능할 수 있다는 것에 문제제기를 하였다.

저도 그걸 두세 번 정도, 좀 많이 쓴 편에 속하는데요... 그것도 일관적이지 않다고 느껴지는 게 그것도 예리의 수준이 문제가 아니라... 이런 예리들이 사실 병동에서는 비일비재하게 일어나는 걸 저도 눈이 있고 귀가 있으니 보고 듣잖아요. 그런데 반복적으로 “너는 써”라고 하는 게 있는 거죠. 그러다보니까...제가 잘못을 안했다는 게 아니라 잘못을 했고 그래서 그걸 작성을 하는 것도 맞는데... 이게 주변에서 귀가 있고 눈이 있는데 주변에서 비슷한 일이 있는데..그게 일관적이지 않다는 거예요. 어쩔 때는 쓰라고 하고 어쩔 때는 그냥 넘어가고, 누구한테는 쓰라고 하고 다른 사람은 그냥 넘어가고. 특히 올드는 그냥 넘어가고. 마치 무슨 punishment처럼 받아들여지고, 그리고 수선생님 귀에 안들어가는 것도 있는 것 같고 그리고 귀에 들어갔더라도 모른 척 하시는 것도 있는 것 같기도 하고.(D 간호사)

따라서 극단적으로는 이러한 ‘처벌’ 보고서를 써야 하는 간호사 입장에서는 이를 감추거나 더 소극적으로 대처하려는 유인을 강하게 느끼기도 하나 간호사로서의 윤리적 책임때문에 이를 감추지 못하고 말하게 되었다고 하였다.

음... 정말 말해야 하는 건데 말하지 못한 거는...환자에 대한 것은.. 정말 제가 잘못한 것이고 환자한테 위해가 갈 수 있는 것인데.. 그런 건 진짜 말하기 싫은데...하죠, 말을...(G 간호사)

초반에서 내가 더 감추게 되거나 말을 안하거나 더 소극적으로 대처하는 것으

로 유인이 초반에는 좀 있었어요. 처음 (보고서) 쓰고 나서 자존감도 되게 많이 떨어지고 해서 그런 식의 생각을 한 적도 있었는데 그렇게 하다보니까 나중에 오히려 문제가 더 커질까봐 좀 무서워지더라구요. 나중에 일이 더 커지고 심각하게 될까봐... 특히 병원이다 보니까 제가 그냥 아차 싶어서 그냥 뭐 사소한 거니까 그냥 넘어가야지 하고 그냥 퇴근을 했었는데 아 이게 도저히 안되겠어서 나중에 다시 병원으로 돌아와서 실토하고 그랬던 적이 있기도 하고...(D 간호사)

(4) 비난의 화살

근무 중 의료 과오나 근접 오류를 범하여 경위 보고서를 쓰는 등의 경험을 해봤던 간호사들은 보고서 등의 공식적인 절차 외에도 이러한 과정이 외부에 알려지면서 상사나 동료로부터의 감정적 ‘비난’이 있다는 것을 느꼈다고 하였다. 또한 한 병원에서는 작성된 보고서의 빈도 등이 실질적으로 자신이나 자신의 상사의 성과평가에 반영되기 때문에 더더욱 큰 부담을 가질 수밖에 없다고 하였다.

수간호사님하고 면담을 했을 때, “우리는 PSR이 너무 반성문같이 받아들여져서 가끔 한 간호사가 PSR 보고서를 쓰고 나면 나머지 모든 간호사들이 그 한 간호사를 비난을 하는 것 같다. 그런 분위기인 것 같다”고 말씀을 드린 적도 있어요. 그때 수님은 “전혀 그렇지 않다, 그렇게 받아들이면 안된다”고 하시긴 했어요. 그렇게 말씀을 하시지만 실제 PSR이 늘면 늘수록 올드 선생님들과 수 선생님은 거기에 굉장히 민감하게 반응을 하시거든요. 왜냐하면 이게 다 성과에 반영이 되는 거니까...(H 간호사).

결국 이러한 경험은 자신에 대한 업무능력에 대한 ‘불신’과 ‘낙인’으로 이어지기 때문에 그런 상황을 회피하고 싶어 하고 이로 인해 자신의 과오가 동료에게 알려지게 됨으로써 자신의 업무 능력에 대해 부정적인 평가가 내려지는 것이 침묵을 더욱 부추기는 요인이 될 수 있음을 지적하였다. 특히 신규 간호사의 경우에는 더욱 철저하게 감시되고 있음을 알 수 있었다.

엄청 신규일 때 알부민 처방이 났는데 알부민은 워낙 많이 쓰는 약이라서 그걸 달았는데 용량이 달랐던 거예요. 신장이 안좋은 환자라서 50ml를 줘야 하는데 100ml를 줘서... 그때는 독립 직후여서 CNS 선생님이 (뒤에서) 봐주시는 상황이어서 바로 걸렸어요. 그래서 보고서 쓰고 그랬죠. 그리고 두고두고 회자되고 그랬어요. 하루 지나면 모든 간호사들이 다 알고 뭐라고 하고...(K 간호사).

신규들의 error같은 경우는 다 집어내는 것 같아요. 인계하면서 발각되는 것들을 noti.하게 하고, 보고서를 작성하게 하고, 올드 선생님한테 다 공유하게끔 하죠.(L 간호사)

7) 나를 지지해주지 못하는 리더

병동의 침묵 분위기 형성이라는 관점에서, 그리고 침묵의 동기와 원인을 찾는 과정에서 연구에 참여한 간호사들 중 대다수는 병동 관리자이자 자신들의 상사로서 수간호사의 역할이 절대적으로 중요한 것으로 인식하고 있었다. 따라서 일선의 간호사들의 입장에서 본 수간호사의 병동 관리자로서의 관리 역량과 그리고 병원의 중간관리자로서의 리더십에 대해서 평가해볼 필요가 있다. 수간호사에 관한 “나를 지지해주지 못하는 리더” 범주에서는 하위범주로 “균림하는 수간호사”, “내 편이 아닌 상사”, “의사소통의 차단자”, “실패한 역할 모델”이 제시되었다.

(1) 균림하는 수간호사

병원 중간관리자로서 수간호사는 간호단위의 총 책임자로 간호인력 관리는 물론 간호단위에서 이루어지는 모든 업무에 대한 관리를 총체적으로 담당한다. 따라서 일선 간호사들은 업무 스타일은 물론 병동의 분위기를 형성하고 주도하는데 병동의 수장으로서의 수간호사의 영향력이 매우 크고 역할이 매

[표 14] '나를 지지해주지 못하는 리더'범주의 하위범주와 핵심개념

상위범주	하위범주	핵심 개념
나를 지지해주지 못하는 리더	군림하는 수간호사	병동의 분위기를 주도
		권위적이고 비수용적인 태도
		공격적이고 부정적인 태도
	내 편이 아닌 상사	책임 회피하기
		공정하지 못한 문제해결
		의사에게 편향적인 태도
	의사소통의 차단자	일방적인 전달과 지시
		마음대로 결정함
		형식적인 경청/면담
	실패한 역할 모델	감정적 의지가 되지 않음
		"오픈 마인드 코스프레"

우 중요하다고 생각하고 있다.

(병동의 분위기는) 수샘의 역할이 되게 크신 것 같아요. 이야기를 잘 들어주시긴 하는데 잘라요. "이건 아니다," "그건 아니지" 이러면서 잘라요. 결국에는 수샘 마음대로...(I 간호사).

그게요... 제 생각엔 리더(수간호사)의 스타일이 중요한 거 같아요(F 간호사).

병동 분위기가 약간 수선생님이나 윗사람을 따라가잖아요. 수선생님이 유쾌하면 (병동분위기도) 유쾌하고 수선생님이 엄격하면 병동분위기도 바뀌고... 저희 병동은 수선생님이, 전에 계셨던 선생님은 좀 유하셨던 분이셔서 개인 플레이가 강한 분위기였구요. 지금 오신 수선생님은 친근한 스타일이어서 잘 챙겨주시고 회식도 잘하고 그래서 그런지는 모르겠지만 예전에 개인적인 것보다는 조금 좀 모여지기는 해요.(P 간호사).

따라서 수간호사가 바뀌면 병동 분위기에 변화가 오기 때문에 기존에 병동에 근무하고 있던 간호사들 사이에 긴장감이 발생하고 새로운 갈등의 원인이 되기도 하며 기존 병동 간호사로 하여금 상사에 대해 실망하기도 한다.

분위기는... 요즘 저희는 최근 수간호사님이 바뀌었어요. 그 전에 계셨던 분은 신규들을 care해주고 보호해주는 신규들의 버팀목이었고 좋은 listener였어요. 그래서 다른 병동을 가실 때 간호사들이 무척 아쉬워하는 분위기였어요. 수간호사님이 바뀌어서 아직은 조금 적응하는 단계인 거 같아요. 그래서 병동이 조금 어수선한 분위기? 그런 거 같아요. 간호사들이 조금 긴장하는 게 있어요. 이전에 수간호사님이 오시기 전에 병원 내 평판같은 게 있으니까 걱정도 좀 되고 긴장을 하고 있어요.(H 간호사)

수간호사 선생님이 바뀌면서 병동분위기가 바뀌었죠. 수간호사 선생님이 새로 바뀌면서 수간호사의 위엄이 조금 떨어지고 오히려 응급실 경험이 많은 올드 선생님들이 더 도움이 되었죠.(L 간호사)

중간관리자의 관리 스타일에 따라서 간호사들의 업무 환경에 많은 영향을 미치기 때문에 간호사들은 수간호사의 관리 스타일에 매우 민감하게 반응하고 있었다. 면접에 참여한 한 간호사는 자신의 수간호사를 “권위있는” 관리자로 평가하였다. 다른 간호사들 역시 “권위적”이라는 표현을 쓰지 않더라도 평상시 부하직원에 대한 태도가 부정적이거나 공격적이고 비수용적인 태도를 보이는 등 수간호사에 대한 평가는 대체로 부정적이었다.

약간 권위가 있다고 해야 할까요, 권위적인 분이예요. 처음엔 안그랬거든요. 또 신규한테는 안그래요. 신규한테는 잘해주시거든요. 조금 연차가 될수록 더 권위적이 되고 (우리 얘기를) 더 잘 안듣고... 신규는 그만둘까봐 잘해주고, 연차가 올라갈수록 더 권위적이 되는 것 같아요.(I 간호사)

겉으로 사람이 못되게 함부로 괴롭히고 그러지는 않아요. 근데 적극적으로 포용을 한다거나 뭔가 카리스마 있게 조직을 리딩을 한다거나 그런 스타일이 아니구요 “니들이 알아서 해라” 그런 식이고 자기가 알아서 하라는 게 뭔가 자기가 뒤에서 자기가 챙겨주고 받아주는 차원에서 알아서 하라는 게 아니라, 권위를 위임을 하는 게 아니라 그냥 무관심한 거...(F 간호사)

간호사가 업무적으로 어려움에 처해 있었을 때, 또는 의사와의 과업갈등을 겪고 있었을 때 간호 단위 책임자로서 수간호사가 이를 돕거나 보호하지 않았

을 때 평간호사들은 수간호사의 관리자로서의 자질과 역량에 대해서 의심하게 된다.

관리를 하는 게 본인의 가장 큰 임무라고 생각을 하는데 그거는 등한시하고 개인 업무 있잖아요, 수간호사님의 개인 업무도 엄청 많잖아요. 그런 거에만 집중을 하시는 것 같아요(F 간호사).

과장님은 그냥 애들이 힘들어서 그냥 나가는 걸로 생각하시는 거 같은데... 단순히 그런 문제는 아닌 거 같아요. 특정한 인물, 선생님께서 좀.. 그 선생님이 좀 말하는 데 힘도 있고 분위기를 주도하다보니까 과장님도 그 선생님이 뭐라고 하면 아무 말씀을 못하세요. 과장님이 다른 병동에 비해서 약간 power가 없으신 거 같아요. power가 없다고 느껴져요(A 간호사).

(2) 내 편이 아닌 상사

일선의 간호사들은 의사와의 업무 갈등, 그리고 간호사들끼리의 과업과 대인 관계에서 오는 갈등을 업무 시 느끼는 가장 큰 어려움으로 꼽는다. 업무 중 갈등은 그만큼 업무 스트레스를 높이는 주요한 원인이 되기 때문이기도 한데, 따라서 이를 해결하는 데에는 병동 관리자로서의 수간호사의 역할이 매우 중요하다고 할 수 있다. 실제 연구 참여자들 역시 갈등 중재 및 문제해결에 있어 수간호사의 역할이 제일 중요하다고 답하였다. 그러나 수간호사는 문제 상황에서 자신의 부하직원을 보호하기 보다는 자신에게 돌아올 책임을 회피하려는 모습을 보였고 이로부터 간호사들은 실망을 느꼈다.

사실 그런 상황에서는 수간호사님이 나서서 protect를 해줘야 되는 상황이기도 한데 그 분은 그렇지 않은 분이었죠. 항상 한 발 빼고 책임지는 걸 두려워하고... 대부분의 수간호사들이 다 그렇죠. 지금 저의 수간호사님도 그렇고(F 간호사).

그냥 (의사와) 트러블이 있으면 온전히 그 간호사의 몫이지 굳이 거기에 끼서

나까지 말리고 싶지 않다는 그런 분위기였어요. 그게 당연했는데 그래서 수협의 역할이, 중재가 필요했는데 그냥 “그 간호사가 잘 모르고 한 거니까 봐줘라” 이런 식으로 의사한테 하니 리더로서의 역할이 아쉬웠죠.(K 간호사)

오히려 간호사와 의사와의 갈등이 있을 때 문제 상황을 공정하게 해결하고 하급자를 보호하고 지지하는 역할을 해야 하나 오히려 책임을 회피하는 무력함을 보이는 경우가 많다고 하였다.

의사와의 관계의 경우에는.. 오히려 수간호사님이 간호사편이 아닌 거 같다는 느낌이 들 때가 있어요. 수간호사님이나 day keep charge 선생님이나...어쨌거나 제일 높은 두 분인데 그닥 보호를 우리 편인가 하는 생각이 좀 의문스러울 정도로.. 그것도 모두가 다 있는 자리인데 거기서 굽히는 태도를 보이면... 이걸 명백하게 우리가 잘못된 건지 모르겠는데 그걸 이렇게 이야기를 하면 간호사는 뭐가 되냐고 이야기를 하기도 했었거든요. 주치의와의 문제에 있어서는 이야기를 해도 오히려 윗분들이 애매한 태도를 보이셔서 해결이 되지 않았던 것도 있었어요.(F 간호사)

한 간호사는 의사들과의 커뮤니케이션에서 발생하는 문제들과 그로부터 비롯된 갈등 상황이 해결되는 과정에서 간호사로서의 부당함을 느끼나 이를 침묵할 수밖에 없었다고 하였다.

의사와의 커뮤니케이션에서 의사가 잘못된 경우도 있는데 그거와의 이슈는 말을 꺼내기 상당히 어렵죠. 얼마 전에 수술장에서 환자 수술을 하면서 검체가 하나 나왔어요. 그런데 의사가 아무말없이 그걸 그냥 놓고 간 거예요. 저희는 아무도 그거에 대한 얘기를 들은 게 없고, 담당 간호사도 모르고 그 주변 간호사도 아무도 그걸 모르고, 그러다가 그 검체가 loss가 된 거예요. 그런데 나중에 뒤늦게 다음 날 저녁에 와서 그 의사가 뒤늦게 얘기를 하는 거예요. 그 검체가 어떻게 되었냐고. 하지만 담당간호사는 아무런 얘기를 듣지 못했기 때문에 아무런 액션을 취하지 않은 거예요. 그런데 나중에 그 검체가 loss된 걸 발견하고는 담당 간호사한테 화를 내기 시작한 거예요. 근데 사실 그때 아무 얘기도 없었고 order도 없었으면서 당연히 담당 간호사가 알아서 해줄 거라고 생각을 한 거죠. 그런데 그 다음날 수간호사님도 그렇고 모두가 담당간호사한테 “그래도 어떻게

그걸 loss 시킬 수가 있냐? 기본 중의 기본인데”라며 그걸 당연하게, 당연히 간호사 잘못이라고 생각을 하는 거예요. 하지만 제 생각에는 그 의사가 가지고 나왔으면 얘기를 하는 게 기본이라고 생각을 하는데 그 다음날이 되었던니 모두가 간호사의 잘못이라고 하는 거예요, 수간호사님조차도...(H 간호사)

의사와의 불분명한 커뮤니케이션으로부터 발생한 문제에 대해 ‘누가 책임질 것인가’를 두고 자신의 리더인 수간호사의 대응을 보면서 자신들의 입장을 대변하는 ‘지지자’가 되어주기 보다는 오히려 비난하고 책임을 전가하는 모습에서 실망감을 느낀다. 게다가 정작 문제의 본질인 의사와의 커뮤니케이션의 오류 문제에 대해서는 해결하지 못한 채 침묵할 수밖에 없게 되어, 간호사의 책임으로 전가되는 부당한 문제해결 과정과 이를 주도하는 무력한 리더를 경험하게 되는 것이다. 이런 부정적인 경험은 결과적으로 당사자로 하여금 조직과 상사로부터 지지받고 있지 못하다는 인식과 함께 조직에 대한 헌신과 몰입을 저하시키게 된다.

당연히 전체 모임에서 그 의사의 잘못이지 않는가에 대한 얘기를 하긴 했지만 그 다음에 전체 공지에서 수간호사님이 이렇게 이렇게 이야기하시니까 거기에 대해서 누가 얘기를 하지는 않았던 것 같아요. 그 당사자 선생님은 그날 전화를 받고 술을 마시고 “이놈의 병원, 힘들어서 못 다니겠다”고 얘기를 했다고 하더라고요(H 간호사).

그러다보니 병동에서의 수간호사가 존재함에도 불구하고 병동의 상황과 간호사 개개인의 사정을 잘 알고 있는 올드 간호사가 실질적인 리더 역할을 함으로써 형식적인 관리자와 실질적인 리더가 분리되는 경우도 발생하였다.

제가 1년차 때 수간호사 선생님은 되게 그런 면에 있어서 중재를 잘 해 주셨어요. 간호사 입장을 충분히 헤아려주고 우리가 조금 잘못된 부분이 있어도 너무 밑에 사그라들지 않고 조금 위엄있게 대처를 하셨었는데... 그 다음해 바뀐 수간호사 선생님은 우리가 잘못된 게 없어도 그냥 구부러져 들어가는 분으로 바뀌

고 오히려 올드, 차지 선생님들이 더 도움이 되더라구요. 그래서 조금 해보다가 안되면 도움을 청해야 되는데 신규 시절에는 수간호사 선생님한테 도움을 청했다면 2년차부터는 그냥 차지선생님이나 같이 근무하는 올드 선생님한테 도움을 청했어요.(L 간호사)

(3) 의사소통의 차단자

병동 간호 단위의 관리자로서 수간호사는 병동 업무 과정에서 발생하는 문제들과 타 부서와의 협력 시 병동 구성원들의 의견을 수렴하여 이를 간호부 등의 상위 부서에 보고하고 협의하는 대표자이기도 하다. 따라서 일선의 간호사들의 업무 과정에서 느끼는 문제점이나 비효율적인 절차에 관한 의견을 수간호사가 잘 전달하고 해결해주는 촉진자의 역할을 원하지만 결과적으로는 수간호사가 ‘차단자(blocker)’의 역할을 하는 경우가 많다고 하였다.

연차가 조금 오르면 올드 선생님이랑 그냥 말하는 거 대화하는 거 자체는 편한데 아예 뭔가 개선이 필요하거나 문제점에 대해서는 말할 루트가 없고 분위기 자체가 아니었고 그걸 중간 관리자들이 제대로 처리를 못해주니까 잘 이야기할 수 없는 분위기가 있었어요.(E 간호사)

다른 선생님들도 업무 개선에 대해서 이렇게, 이렇게 하면 좋을 것 같다는 의견들이 다들 조금씩 있으시지만 이게 일단 수간호사 선생님한테 말씀드리더라도 그 위로 올라가지 않는 경우가 많거나 반영되지 않는다고 많이 느끼시는 것 같아요.(D 간호사).

그냥 약간...사실은 밑에 간호사들한테 별로 관심이 없고 일도, 저희는 그때 몰랐는데, 수샘이 해야 하는데 charge선생님한테 다 시키는 분이었고 병원 측에 충성을 다하긴 하는데 직원들한테는 돌아오지 않는 편이었어요. 항상 이런 거 부족하다, 인력이 부족하다 이렇게 말하는데 수샘 다음으로 높은 연차 선생님들이 아무리 병원에 이야기를 하고 간호팀장님한테 이야기를 해도 “아니다, 괜찮다”고 말씀하셔서 병동 인력충원이 안되었던 적이 있었어요.(K 간호사)

수간호사는 자신의 경험과 지식에 의존하여 병동의 상황을 다 알고 있다고 확신하는 경우가 많아 병동 구성원의 의견을 수렴하는 경우는 없다고 하였다.

다들 각자 제멋대로니까 그런 분위기이니까 사실 구성원들도 사이가 별로 안좋구요 그걸 수간호사님이 적극 관리를 해야 되는데 무관심하게 그걸 내버려두니까 안에서 저희들끼리 알력다툼하고 싸우게 되는 게 있어요. 분위기가 점점 안 좋아지고 그런 상황에서 수간호사님이 면담을 하자고 본인이 결정을 한거구요. 해결책도 본인이 다 미리 생각을 해놓고 그냥 형식은 면담이지만 실질적인 내용은 본인이 다 결정해 놓은 대로 통제하려는.. 그래서 기본적으로 뭔가 의사소통이 아닌거죠.(F 간호사)

그나마 규정으로 정해놓은 수간호사와의 면담은 다분히 형식적인 경우가 많기 때문에 실질적으로 일선 간호사들이 느끼는 문제점이나 자신의 의견을 솔직하게 이야기할 수 있는 기회는 거의 없게 되는 것이다.

새해가 되면 면담 일정이 나오죠. portfolio를 써서 목표를 쓰는 게 있고 그런 걸 써서 내면 그걸 가지고 면담을 하는 거예요. 올해의 병동의 목표, 사적인 목표, 영어 등등을 전산에 써서 그걸 가지고 면담을 해요. 그런데 그건 그냥 면담을 위한 면담인 것 같아요(웃음) (I 간호사)

일년에 면담을 한번씩 하기는 하는데 그것도 저는 한번밖에 안했던 것 같고 바쁘면 그냥 넘어가는 거고.. 면담할 때도 사실 뭐 그렇게까지 말씀드릴 분위기가 사실 아니니까 사직할 때가 되어서야 사직을 하는 마당에 내가 다 말해야지 싶은 사명감을 가지고 이야기한 건 좀 있었거든요. 그런데 그냥 분위기 자체가 말할 수 있는 분위기는 아닌 거 같고요.(E 간호사)

(4) 실패한 역할 모델

병원의 중간 관리자로서 병동 수간호사는 현장에서의 오랜 임상 경력과 전문적 지식을 쌓은 후에야 맡을 수 있는 직책이다. 따라서 누구보다도 일선 현장

을 잘 이해하고 상황을 파악하고 있어 문제가 발생했을 때 이를 효율적으로 해결해나갈 것이라고 기대를 하고 있다. 또한 상급자 간호사로서 하급자의 상황과 직업적 어려움을 잘 이해하고 전문 관리로서의 역할을 다하여 집단의 리더로서의 ‘역할 모델’이 될 것을 요구받는다. 그러나 실제 현실 속에서는 이러한 전문적인 관리 능력을 제대로 갖추고 평간호사들의 리더로서의 역할을 수행할 수 있는 역할모델로서 기능하는 중간관리자는 사실상 존재하지 못하는 것으로 보인다.

수간호사님과 면담을 하면서 그런 말씀을 드린 적이 있어요. 제가 매너리즘에 빠져있는 것 같다, 일하는 것도 집중해서 하기 힘들고 그래서 혹시 롤모델같은 걸 좀 해주실 수 있느냐고 부탁을 드린 적이 있었어요. 제가 업무를 하는데 있어서 롤(Role)이 필요하다고 말씀을 드린 적이 있었어요. 자주는 아니더라도 2~3주 정도에 한번씩이라도 면담이나 저의 요즘 고민이나 제 생각같은 걸 주기적으로 말씀드리고 조언도 구하고 그러고 싶다고 말씀을 드렸었는데도 이제 그 뒤로...수간호사님이 바빠 보이시니까... 아랫사람 입장에서 한번 크게 어렵게 용기내서 말씀드렸는데도 계속 그걸 재촉을 할 수는 없으니까 그걸 그냥 가만히 기다리고 있는데..하지만 결국 잘 안되었죠. 롤 모델의 부재가 처음 제가 느꼈던 갈등 중의 하나였던 거였어요.(D 간호사)

이게 뭔가 말로는 언제든지 적극적으로 이야기를 하라고 하는데... 근데 제 생각에는 관리자들이 오픈 마인드 코스프레하는 것 같아요. 실제적이고 현실적으로 들여다보려고 하지 않으면서 자기 권위를 세우기 위해서요.(F 간호사)

일선 간호사들이 업무 중 겪는 어려움이나 육체적으로나 정신적으로 느끼는 소진을 집단의 리더인 수간호사가 신뢰를 바탕으로 진심으로 이해해주고 소통했다면 간호사들의 무력한 대응으로서의 침묵은 어느 정도 해소가 되었을 지도 모른다.

사직을 결심하고 갔을 때...사실 수간호사님이 토닥토닥 해주셨으면 조금 더 고

민을 했을 것 같아요. 많이 보듬어 주셨으면 그 생각을 좀 접었을 수도 있었을 텐데...(E 간호사)

기본적으로 수간호사에 대한 신뢰나 의지가 없는 상태이다 보니까 내가 가지고 있는 문제들을 쉽게 이야기하기도 힘들고 또 소용도 없고... 어쨌든 뭔가를 이야기하는 거는 voice자체가 이게 뭔가 바뀔 risk를 감내하고 내가 이야기를 하는 건데 안바뀔거면 안하는 게 당연히 나은 거죠. 그게 이성적인 판단이니깐... 아, 너무 슬픈 거 같아요.(D 간호사)

8) 의미도 없고 통로도 없는 소통

본 연구에 참여한 병원 간호사들은, 참여자가 속한 모든 병원에서 공통적으로, 일방적이고 피드백이 없는 하향적 의사소통 방식으로 소통하고 있음을 면접을 통해 확인할 수 있었다. 병원 간호사 집단의 소통과 관련한 본 범주에서는 “일방적인 전달과 상향적 소통의 차단”, “은근슬쩍 내비치기”, “형식적인 모임에의 수동적 참여”, “전체 소통기능의 한계”를 하위 범주로 제시하였다.

[표 15] ‘의미도 없고 통로도 없는 소통’범주의 하위범주와 핵심개념

상위범주	하위범주	핵심개념
의미도 없고 통로도 없는 소통	형식적인 모임에의 수동적인 참여	형식적인 모임
		반강제적 억지 참여
		점점 줄어드는 모임의 수
	일방적인 전달과 상향적 소통의 차단	선결정 후통보
		설득이 아닌 명령
		피드백의 부재
		‘탁탁탁’ 차단되는 구조
	은근슬쩍 내비치기	끼리끼리 소통하기
		은근슬쩍 내비치기
	전체 소통 기능의 한계	전체 소통 공간의 부족
		의미없는 직원 게시판
		노조활동의 한계

(1) 형식적인 모임에의 수동적인 참여

연구 참여자들은 정기적으로 한 달이나 두 달에 한 번 정도의 전체 병동 모임 또는 컨퍼런스를 하는 것으로 파악되었다. 이 모임의 목적은 간호사들이 속한 병동이나 조직 전체적으로 모임을 통해 병동에 필요한 안건을 결정하여 의사결정을 하거나 병원 전체적으로 결정된 내용을 전달받는 기능을 하고 있었는데 간호사들은 이 모임을 매우 ‘형식적’이라고 평가하였다.

저희 병원에서는 컨퍼런스나 병동 미팅을 한 달에 한번이나 바쁘면 두 달에 한번 이렇게 하는데 일반적인 그냥 미팅이고 스터디같은 건 하지 않아요.(A 간호사)

한 달에 한번, 그냥 병동에 있었던 문제라든지 공지사항, 아니면 진료과 협의한 안건에서 나온 결과를 공지하는 정도예요. 아니면 발표같은 것도 하죠. 다들 그냥 시간 때문에 출석해야 하는 자리라고 생각하고 왔었던 것 같아요.(I 간호사)

그냥 위에 보고하기 위해서 하는 컨퍼런스, 형식적인 컨퍼런스였던 것 같아요. 시간도 되게 짧고요. 저희 병원 같은 경우에는 그냥 제가 만약에 발표자라고 하면 그냥 이번에 한번 어떻게 대충 하고 넘어갈 생각을 하게 되는 것 같아요. 그리고 컨퍼런스를 해도 듣지도 않아요. 일찍 나오라고 하니까 싫은 거죠. 그런 것도 있고... (M 간호사).

따라서 이런 “형식적”인 병동 미팅이나 컨퍼런스를 상사나 동료의 눈치를 보며 “마지못해” 참석해야 하는 자리로 받아들이고 있어 실질적인 의사소통이 이루어지지는 못하고 있었다. 병원 혁신활동 차원에서 열리는 병원 전체적인 모임과 활동 역시 비슷하게 반강제적으로 마지못해 참석하는 자리라고 받아들이고 있었다.

병동 컨퍼런스는 한 달에 한번, 회식도 하고, 일단 컨퍼런스니까 어쩔 수 없이 topic하나 정해서 한 명이 공부해 온 것 알려주는 식으로 하고 그것 끝나면 수간호사님이 병동 얘기 좀 하시고 그리고 나서는 회식하고 끝나는 거죠. 그런데 병동 건의사항이나 그런 건 말하지는 않는 것 같아요... 불만이 없는 것은 아닐 것인데...(P 간호사)

교육 간호사 모임이라든지, Happy Leader 모임이라든지 팀 내 구성원끼리 모임이 있습니다. 구성은 주로 연차별로... 아래 년차부터(웃음) 신규가 들어오면 계속해서 내려가는 거죠. 이름만 놓고 따지면 위부터 가야하는 게 맞는 거 같은데... 그것도 업무라고 하시니까요. 수간호사 선생님이 한명, 한명 독려를 하시니까 마지못해 가는 편이고, 특히 그런 모임들이 간호사 근무를 고려해서 day 근무 끝난 후 4시부터 시작되거나 그러면 day 근무 끝나고 무조건 가시고 수간호사 선생님 가시고 오프 근무자는 푸쉬는 하지 않는데 오프자한테 “너 올거니?”라고 하는 거 자체가 “와라”라는 push로 들릴 수 있으니까 off라도 신규들은 가야하고...약간 반강제적인 분위기랄까.. 참석했다가도 수간호사 선생님 가시기 전까지만 있고 수간호사 선생님 가시면 다들 나가는 분위기죠.(D 간호사)

또한 이러한 공식적인 전체 모임조차도 점차 횟수가 줄어들거나 없어지고 있어서 일선의 구성원들이 자신의 의견을 밝히고 상호 소통할만한 기회조차 줄어들고 있는 게 현실이었다.

(병동 모임이) 자주 없어요. 그것도 문화가 바뀐 게... 옛날에는... 10년 전 얘기이긴 하지만.. 한 달에 한 번씩 컨퍼런스하고 회식도 하고 직무교육이라는 것도 있었고요, 근데 지금은 그게 없어요. 왜냐하면 그게 직무교육이라는 거 자체가 강압적이다, 근무 외에 뭔가 병원에서 하는 게 직원들한테 피로도만 더 증가시킬 뿐이라고 해서 그게 없어졌거든요. 그러면서 분위기가 개인주의적인 분위기로 바뀌면서 직장에서 뭔가를 더 요구할 수 없게끔 만들었어요. 컨퍼런스 그런 것도 부담된다고 안하는 분위기죠(F 간호사).

(2) 일방적인 전달과 상향적 소통의 차단

간호사들이 느끼는 병동에서, 그리고 병원 조직 전체적으로 나타나고 있는 조

직 내에서의 의사소통의 방식은 일방향적이고, 피드백이 없는 “선결정 후통보” 식의 하향식 의사소통 방식이었다. 이는, 병원마다 정도의 차이는 있었으나, 연구 참여자들이 속한 모든 병원에서 공통적으로 나타나는 방식이었다. 가까이는 수간호사와 동료 간호사들과 함께 주기적으로 갖는 병동 컨퍼런스에서부터 간호과(혹은 간호부) 전체 모임이나 병원의 전체적인 의사소통 방식이 쌍방향적으로 원활하게 이루어지고 있지는 못했다. 간호사들은 이러한 의사소통 방식에 대해서 자신들의 의견이 제대로 수렴되지 못하고 있는 것에 대해서 불만을 느끼고 있었다.

수간호사 선생님이 처음 발령을 받으셨을 때에는 한달에 한번, 못해도 두달에 한번 정도는 정기적으로 병동컨퍼런스를 하고 병동일을 상의를 하자 이렇게 했는데, 일정이 바빠진 것도 있고 그러다 보니까 정기적으로 열리지 못했고. 사실 그게 열리고 나서도 처음에는 지금보다 올드 선생님들이 많으셨어요. 수간호사 선생님이 오시고 나서 일 년 정도 동안 올드 선생님들이 네댓분 정도가 빠지셨는데 그렇게 되면서 그런 분들이 오피니언 리더이랄까, 그러니까 불편한 이야기들을 수간호사 선생님한테 하시고 했는데 그 분들이 좀 많이 빠져나가신 것 같아요. 컨퍼런스도 처음에는 같이 이야기를 하는 분위기였는데 어느 순간부터는 수간호사 선생님의 결정사항 ‘이렇게 할거다’, ‘저렇게 할거다’ 쪽 이야기하시는 식으로 되었었고. 일을 할 때나 인계를 할 때나 중간 중간에도 이렇게 이렇게 하겠다고 올드 선생님이 말씀을 하셨었는데 그게 반영이 안되거나 묻게졌다거나 후속에 대한 이야기가 전혀 없다가나 그런 식이 많아져서 지금은 그냥 스텝 선생님들끼리 이야기를 많이 하는 편인 것 같아요(D 간호사)

여기가 너무 상명하달식이고 아래에서 위로 전혀 이야기할만한 분위기가 아니고 항상 위에서 아래로 내려올 뿐이지 아래에서 위로 올라갈 수가 없는 거 같아요. 그게 불가능한 거 같아요.(E 간호사)

아래로부터의 수렴의 방식이 아니라 위로부터의 일방적 통보의 방식으로 의사결정이 이루어지다보니 조직 구성원의 입장에서는 자신을 그저 시키면 시키는 대로 일하는 “일개미”로 취급하는 조직에 대해서 실망하게 되고 수동적인 자신을 인식하며 조직에 대한 무력감을 느끼게 된다.

의견이 아래에서 모여져 위로 올라가는 게 아니라 위에서 아래로 내려오는... 저는 이 병원만의 특징이라기보다는 일반적인 병원의 특징이 그런 것 같아요. 의사 진료부는 제가 잘 몰라서 말씀을 못 드리겠지만 진료부도 교수의 권위가 워낙 세서 좋을 것 같지는 않은데, 간호사가 특히 좀 경영 쪽에서 보면 굉장히 시대에 느린 듯한 느낌이 들어요(F 간호사).

더 나아가 새로운 병원 정책을 집행하는 과정에서도 설득이 아닌 “명령”으로 추구되는 의사결정의 방식에 대해서도 문제가 있음을 지적하였다. 구성원들에게 적절한 정보를 제공하고 충분한 논의를 통해서 의사결정이 이루어지는 민주적인 방식이 아니라 일방적인 통보와 명령에 의해서 의사결정이 이루어지고 있는 것이다.

병원에서 여기 휴가가 연차와는 별도로 일년에 6개가 있는데 그걸 없애고 퇴직금을 퇴직시점에 한 번에 받는 게 아니라 일년에 조금씩 나눠서 받는 식으로 바꾸려는 움직임이 있었어요. 그러면 오히려 돈을 더 적게 받는 걸로 바뀌는 거라 그걸 직원들이 반대하니까 병동별로 사람들로부터 찬성한다는 서명을 받으라고 위에서 짹 뿌려진 적이 있었어요. 저희 동기 중에 몇 명은 이 바뀐 임금정책에 반대하면서 서명을 하지 않겠다고 했었는데 수간호사와 charge 간호사가 “서명하지 않으면 나중에 불이익을 받을 거다, 승진에도 영향이 있을 거다”는 식으로 이야기를 해서 강제로 서명을 받으려는 시도들이 있었대요. 사실 완전히 그거는 명령이잖아요. 절대 이걸 의견이 반영된 것도 아니고 비자발적인 거고 사실 있으면 안되는 일인데 암묵적으로 공공연하게 일어나고 있으니까... 그냥 그것만 봐도 루트가 다 차단되어 있는 게 아닌가 그런 생각이 들어요(E 간호사).

그러다보니 일선의 간호사들은 자신들의 의견이 상향적으로 적절하게 전달되는 것이 아니라 “탁탁탁” 차단되고 있음을 느끼고 권력 구조에 따른 소통의 방식에 익숙해지다 보니 자신들이 문제점을 인식하였다 하더라도 누구에게(대상), 어떻게(방법) 발언을 해야 할지에 대한 방식과 “기회의 부재”를 느끼게 되는 것이다.

모임에 가도 그냥 자동으로 grade별로 앉게 되더라구요. 삼삼오오. 그래서 결국은 다 이야기가 탁탁탁 차단이 되는 거 같아요. 그래서 먹으면서 우리끼리 힘들었던 이야기 하고 눈치보며 이야기 좀 하다가 말고 그런 거죠.(E 간호사)

생각해보니..얘기할 곳이 없었던 것 같아요. 어디에다가 얘기를 해요. 선배 간호사도 그렇게 얘기를 하고 수간호사님 같은 경우도 비슷했어요. 그래서 병동분위기가 그랬나...(G 간호사)

이러한 소통의 기회는 일상적인 업무 속에서 비공식적으로도, 병동 미팅이나 전체 워크숍 등 공식적인 방식을 통해서 다양하게 이루어질 수 있다. 포괄간호 서비스 제도처럼 병원 차원에서 새로이 도입되는 서비스의 경우에도 일선에서 이를 담당하는 간호사들로부터 솔직한 의견과 정보를 수렴하는 것이 바람직한 혁신적 학습의 기회일 것이나 일선 간호사의 입장에서는 이러한 기회가 주어지지 못한 구조와 방식을 아쉬워하는 것을 느낄 수 있었다.

우리병동에서 안심병동을 하면서 애로사항이 뭐냐고 이야기하는 공식적인 자리가 많지는 않아요. 설문조사가 많기는 한데 그런 자리는 저는 많지 않다고 생각을 하고... 어...보통은 위에서 그런 회의를 하기는 하시는 것 같은데 보통 수선생님이 가시는 편이니까... 이런 거는 물어보시는 거 같아요. "가장 힘들다고 생각하는 것은 뭐니?", "너희들이 가장 힘든 건 뭐니?" 이런 거는 아무래도 수렴하시고 개선해주겠다고 해서 가시는 편이지만 진짜 이 서비스를 시작하면서 저희의 그 전후와 차이 이런 거를 허심탄회하게 이야기하거나 그런 자리는 없었던 것 같아요(C 간호사).

(3) 은근슬쩍 내비치기

병동 안에서 업무와 관련해서 해결해야 할 문제가 생기더라도 이것을 정식으로 공론화하기 보다는 사적으로 해소를 하거나 아니면 병동에서 경력이 있는 선배 간호사에게 상황에 따라서 “슬쩍슬쩍” 내비치는 등의 상황적 소통의 방

식으로 비공식적으로 해결하게 되는 것이다.

간호사들끼리 있을 때에는 그런 이야기들(병동 내 개선사항에 관한 이야기들)이 많이 되었는데 그게 윗선으로는 전달이 안되는 것 같고 CNS 선생님들이 먼저 목소리를 내시면 다같이 그렇다고 토론을 하는데 그게 실질적인 변화로는 이어지지 않고 그냥 “힘내자, 힘내자”하는 선에서 그치고...(K 간호사)

저희는 팀에 올드 선생님이 계시니까 그 선생님이 아무래도 charge 선생님이시고 친하시니까 슬쩍 슬쩍 이야기를 해주시는 편인 거 같아요. 가끔가다가 저희가 “아 이런 거 때문에 힘들어요” 라거나 “누구랑 누가 약간 사이가 그런 거 같아요” 이런 걸 사적으로 이야기를 하면 “아 그러냐” 이렇게 이야기를 들어주시고 내가 이야기를 해보겠다, 이렇게 해주시는 편이기는 해서 공식적으로 거론되는 것보다는 그런 식으로 풀고 해주시는 것 같아요(C 간호사).

병동 내에서 직접적으로 가서 말씀을 드린다기 보다는 그냥 끼리끼리 모여서 이야기를 하다가 생각이 뻥뻥하신 올드 선생님이 그걸 들으시면 그래도 수간호사님이라든가 가까우니까 은근슬쩍 인계하다가라든지 아니면 티룸에서 수간호사님 이랑 잡담을 하다가 그런 이야기를 꺼내시는 경우가 좀 있는 건 봤어요.(E 간호사)

결국 병원에서 근무를 하면서 일선 간호사들이 마음을 터놓고 솔직하게 자신의 생각을 말할 수 있는 대상은 입사 동기나 학부 동기 등이라고 하였다. 그저 비공식적인 방식으로 “끼리끼리” 모여서 실질적인 문제 해결보다는 서로 감정적으로 지지가 되어주는 방식으로 그들의 스트레스를 해소하는 정도에 그치고 자신들이 근무하는 업무 현장에서는 이를 표현하지 않는 방식을 선택하게 되었다.

그냥 친구들, 입사 동기들 모임은 있죠. “오늘은 이런 거 때문에 탔다”, “의사가 이런 일로 신경질을 냈는데 이게 말이 되냐”는 식의 얘기를 하죠. 그래도 입사 동기나 학부 동기들은 제가 닦친 문제들을 해결해주지는 못해도 스트레스를 풀 수는 있잖아요. 병원 안에서 제 편이라고 생각하는 사람은 입사 동기나 학부 동기밖에 없는 거 같아요(G 간호사).

그런 거(병동 내 문제점)를 동기들끼리만 이야기를 하고 거기서 끝. 아님 조금 친한 선배한테만 이야기를 하고 끝.(E 간호사).

아까도 말씀드렸듯이, 한 서너 달 전부터는 거의 이야기 안하고 있어요. 좋은 일이든 안좋은 일이든 이야기를 주로 안하는 편이에요. 말을 좀 아끼게 되었어요. 저와 동기 친구 한 두 명 정도랑만 이야기를 하게 되는 것 같습니다.(D 간호사)

(4) 전체 소통의 기능의 장애

병원에 따라서 내부적으로 병원 전체 직원들이 소통할 수 있는 전체 게시판 등의 소통공간을 마련해 놓기도 하였다. 그러나 실제로는 인지도가 낮아서 구성원들에 의해서 활용되는 경우는 거의 없고 이러한 공간에 건의사항 등을 게시한다 하더라도 피드백이 오지 않아 실질적인 소통의 기능은 없는 것으로 파악되었다.

병동 업무나 개선사항에 대해서 이야기할 기회는 제도적으로 없었던 것 같아요. V.O.E라고 voice of employee라는 게 있는데 거의 의사들이 많이 이용을 하고 간호사들이 하는 건 없다고 들었거든요. 그 이유는 잘 모르겠어요. 저도 들어가 보지 않아서 잘 모르겠어요.(G 간호사).

병원에서 의견을 내고 공유할 수 있는 공간이 별로 없는 거 같아요. 기껏 있는 게시판은 벅룩시장밖에 없고... 전체 포털에 제안사항 같은 것을 제안하더라도 피드백이 오지 않는다는가 이런 것들 때문에 말을 잘 안하시게 되는 것 같아요. 아..그거 너무 후진 문화를 반증한다고 생각했었어요.(D 간호사).

이에 대해 한 간호사는 전체 게시판은 ‘익명성’이 보장되지 않기 때문에 업무와 관련해서는 자신의 의견을 솔직히 밝히는 것에 대한 두려움을 표현하였다.

기본적으로 주차문제, 애기가 있는 분들은 병원 안 어린이집에 대해서... 업무와

관련된 것은 쓰기 힘들죠. 왜냐하면 익명이라고 해도 그 위에 분들한테는 익명이 아니라는 것을 아니까... 다 아실 테니까 이걸 써서 괜히 분란을 일으키는 게 아닌가 싶은거죠. 저는 그런 입장이예요. 어차피 익명이라고 해도 어차피 우리 병동 내의 일이고 우리 사람들은 상황을 다 알고 하면 어차피 내가 썼다는 걸 다 알게 되니까 그런 걸 쓰면 괜히...(H 간호사)

대부분의 병원에는 노동조합이 존재하여 일선의 간호사들은 병원 전체 정책이나 타 부서의 소식은 노동조합의 대자보 등을 통해서 알게 되는 경우가 더 많았다고 한다.

그런 이야기가 병동 내에서 위에서 공지가 되거나 그런 적은 없었던 것 같고 간호인력 개편안 그런 거 말고는 병원에서의 일은 딱히 없었던 것 같고 오히려 외부에서 노조에서 이렇게 이야기하는 걸 보고 '아 지금 상황이 이렇구나'라고 더 인지를 했던 것 같고...(E 간호사)

하지만 노동조합이 공식적인 의사소통의 도구로 기능하기에는 현재 노동조합의 제한된 활동과 역량의 한계로 인해 일선 간호사들의 의견을 수렴하고 공식적인 의사소통의 도구로 기능하기에는 현실적 한계가 있다는 것을 알 수 있었다.

노동조합이 있긴 있어요. 하지만 노조의 활동은 그렇게 활발하지는 않아요. 주로 조무원님들하고 간호사들은 아주 소수로 활동하고 계세요.(H 간호사)

노동조합도 되게 일방향이예요. 저는 노동조합도 나쁘게 보지 않고 좋게 봐서..그런데 방향이.. 그 쪽 분들도 되게 힘들게 활동하시는 거 같은데.. 그래서 약간 좀 안좋게 표현하면 악에 받쳐서 하시는 것 같아요. 그러다 보니까 요즘은 매년 하는 협상하실 때 전체적인 것 보다는.. 이제 갈라지기 시작한 거 같아요. 조합원이 아닌 사람들도 같이 갔었는데 요즘은 조합원들이 불만이 많을 것 같아요. 열심히 내가 투쟁해도 전체가 받는 거면 투쟁해도 소용이 없다고 느낄 것 같고.(D 간호사)

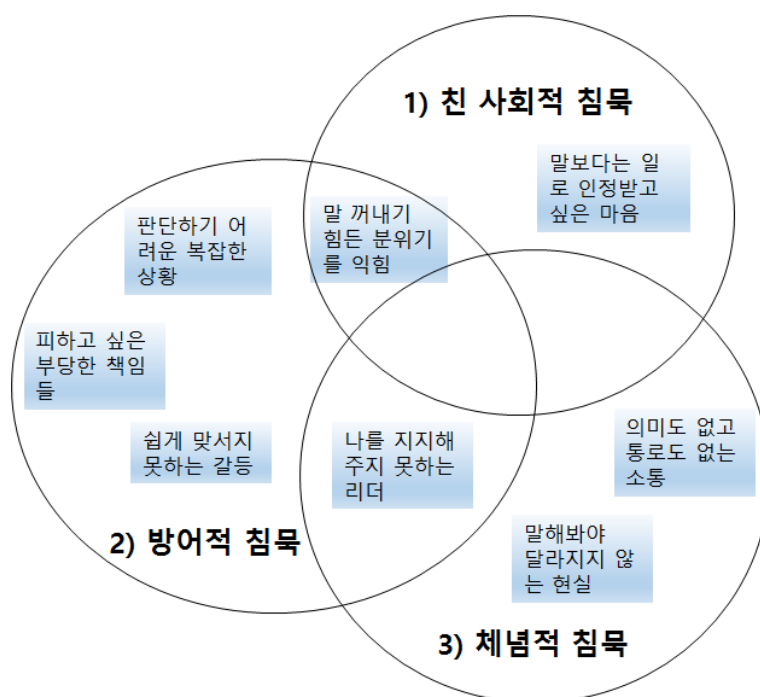
3. 병원 간호사의 조직침묵 모형

1) 조직침묵의 중심 주제(Main Theme)

병원 간호사의 조직침묵에 관한 심층면담 분석 결과, 병원 조직의 간호사의 조직침묵 행위는 “조직의 구성원으로서 인정받고 싶은 마음과 집단의 암묵적 분위기에 동조하고자 하는 의도에서 선택”하는 침묵과 “병원의 위계적 구조와 문화로부터 형성된 침묵 분위기와 원활하지 못한 의사소통 과정으로 인해 발생한 갈등 및 부당한 책임 상황에 대응하여 자신을 보호하기 위한 능동적 방어 전략”으로서의 침묵, 마지막으로 “관계와 소통의 어려움 속에서 말해봐야 소용없는 현실의 한계를 느끼고 조직에 대한 실망과 냉소로 인해 선택할 수밖에 없는 체념적 선택”의 과정이 중첩되면서 공존하여 나타나는 것으로 파악되었다.

병원 조직에서의 간호사들이 경험하고 인식하고 있는 조직침묵 역시 다면적인 속성을 지니고 있음을 확인할 수 있었다. Van Dyne et al.(2003)이 개념적으로 제시한 침묵의 유형이 본 연구의 참여자인 병원 간호사에게서도 병원 조직 내에서의 직업적 경험이 축적됨에 따라 친사회적, 방어적, 체념적 침묵을 구성하는 요소로서 반복 또는 중첩되어 나타나고 있음을 확인할 수 있었다(그림 1). 즉 병원 조직의 구성원으로서 자신의 주어진 업무를 실수없이 완벽하게 수행하고 집단의 구성원으로서 인정받기 위해서 그리고 동료 간호사들과의 원만한 관계를 유지하기 위해서 자신의 의견을 내세우기보다는 집단의 분위기에 동조하고자 하였으나(친사회적 침묵), 판단하기 어려운 복잡한 상황을 맞닥뜨리고 쉽게 맞서지 못하는 갈등 상황에 놓이게 되어 자신이 부

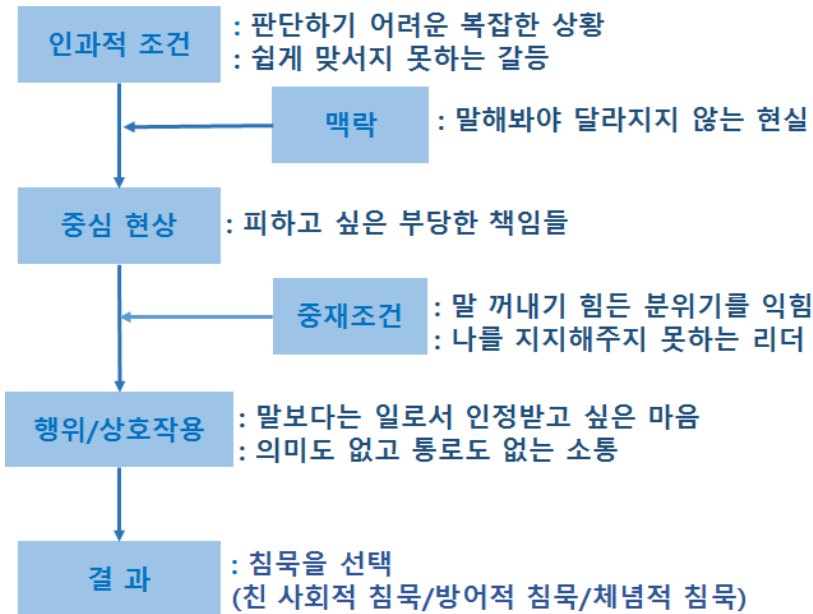
당하게 책임을 져야 하는 상황으로부터 자신을 보호하기 위해서 침묵을 하게 되고(방어적 침묵), 점차 달라지지 않는 현실 앞에서 소통의 의미를 찾을 수 없고 계속해서 의견이 무시당하고 차단당함으로써 체념할 수밖에 없는(체념적 침묵) 상황에 놓이게 되는 것이다.



[그림 1] 침묵의 유형별 병원 간호사의 조직침묵 구성

2) 조직침묵의 패러다임 모형

병원 간호사의 조직침묵의 인식과 경험에 대한 분석 결과를 토대로 도출된 핵심범주 간 관계를 Strauss & Corbin(1998)이 제시한 이론적 패러다임 모형에 맞추어 도식화하면 다음의 <그림 2>와 같이 연결지을 수 있다.



[그림 2] 병원 간호사의 조직침묵의 패러다임 모형

(1) 인과적 조건

인과적 조건은 현상이나 문제, 쟁점을 일으키는 사건이나 일을 의미한다. 왜, 어떻게 행위 주체나 집단이 그러한 방식으로 반응하는지를 설명하는 요소를 말한다. 간호사가 병원이라는 조직 사회의 일원이 된 후 사회화를 통하여 구성원으로서의 업무를 수행하는 과정에서 업무와 관련된 판단하기 어려운 복잡한 상황에 직면하고, 쉽게 나서지 못하는 여러 갈등 상황에 놓이게 된다.

(2) 맥락

맥락은 작용·상호작용이 취해지는 특별한 일련의 조건으로, 중심현상에 속하는 일련의 속성들의 구체적인 세트이면서 작용·상호작용 전략을 다루고 조절

하고 수행하고 중심현상에 대응하기 위해 취해지는 구체적인 상황을 의미한다. 조직 침묵을 형성하는 맥락 요인으로서 조직 전체 차원에서의 인력의 충원이나 보수 등 간호 조직에 대한 낮은 지원 인식은 간호사들로 하여금 자신들의 업무와 관련한 의견 개진 등에 적극 참여할지 말지를 결정하는 주요한 전제 조건으로 작용하게 된다. 본 연구에 참여한 간호사들은 이러한 조건을 기본적으로 ‘말해봐야 달라지지 않는 현실’이라고 체념적으로 인식하고 있었다.

(3) 중심현상

다른 모든 범주들과 관계하면서 통합적인 설명력을 갖는 핵심적인 현상을 의미한다. 연구 참여자가 일련의 상호작용 전략에 의해 조절되는 중심생각이나 사건을 말하는데, 병원 간호사들로 하여금 기존의 업무와 관련된 암묵적 규범과 관행에 맞닥뜨리고 또한 업무 수행 중 동료 간호사 및 의사 등 타 직종과 여러 갈등과 관계적 어려움을 느끼게 되는데 있어서 직면하게 되는 ‘피하고 싶은 부당한 책임들’은 간호사로 하여금 침묵을 선택하도록 만드는 중심 현상이라고 할 수 있다.

(4) 중재적 조건

중재적 조건은 원인을 변화시키거나 행위에 영향을 주는 조건들을 의미한다. 중심현상에 속하는 보다 광범위한 구조적 전후관계로서 그 안에서 취해진 작용/상호작용 전략을 조장하거나 강요하도록 작용하는 것을 의미한다. 병원 간호사들은 자신이 속한 병동·부서에서 형성되어 있는 공동의 분위기를 인식하고 이에 동조하려는 경향을 가지고 있었다. 이는 위계적인 질서가 자리 잡

혀있어 상대적으로 낮은 위치에 있는 구성원은 ‘말 꺼내기가 쉽지 않은 분위기’를 익히게 된다. 그리고 병동이라는 집단 내에서 간호사들이 인식하고 경험하는 침묵은 개별 단위의 리더인 수간호사의 리더십에 의해서 크게 결정되는 것으로 나타났다. 리더가 개방적이고 수용적인 리더십보다는 권위적이고 일방적인 리더십을 발휘하였을 때 간호사들의 조직 침묵은 더욱 강화되는 것을 알 수 있었다.

(5) 행위 및 상호작용

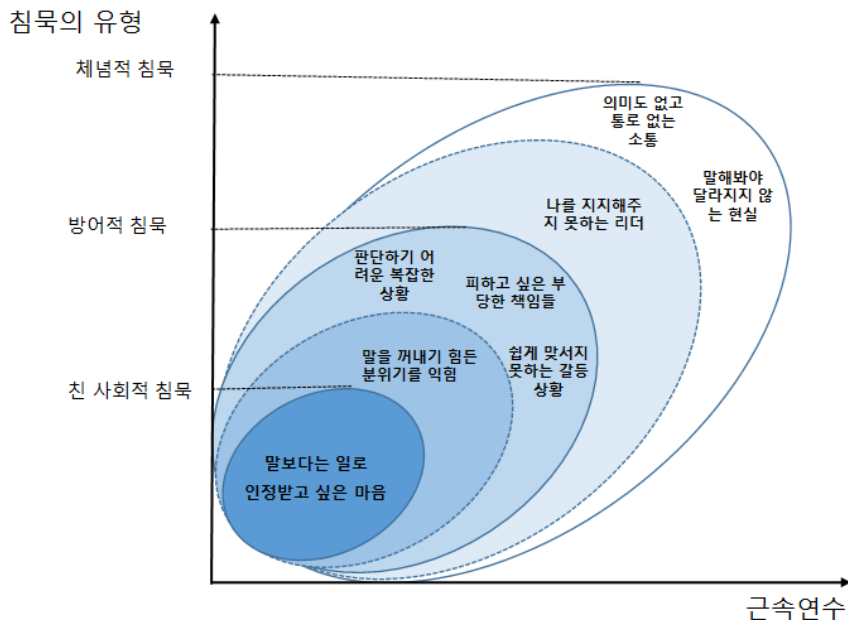
중심작용을 조절하고 실행하며 거기에 대처하도록 고안된 전략을 의미한다. 즉 문제 상황들 아래에서 현상을 다루는 방식과 전략을 의미한다. 병원 간호사가 업무를 수행하는 과정에서 느끼는 문제점을 해결하고 의견을 제시하고자 하는 마음은 있으나 실질적인 소통의 경험이 많지 않고 거절이나 부정적인 피드백을 받거나 구체적인 통로를 찾지 못하는 등의 부정적인 경험을 가지고 있다. 간호사로서의 환자에 대한 책임으로 주어진 업무를 수행하고자 하는 마음은 부정적인 감정과 태도로 바뀌게 되어 결과적으로 자신을 방어하고 주어진 상황을 체념하도록 만든다.

(6) 결과

결과는 행동 및 상호작용을 통해 결과적으로 이루어지는 현상을 의미한다. 본 연구에서는 병원 간호사로 하여금 인식되거나 경험하는 조직침묵이 결과적으로 나타나는 현상이 된다. 이러한 조직침묵은 친사회적, 방어적, 체념적 침묵의 유형으로 다양하게 나타나고 있었다.

3) 과정 분석

병원 간호사의 직업적 경험의 축적 정도를 나타내는 근속연수(Years of Experience)에 따라 조직침묵을 구성하는 핵심범주의 속성과 차원이 어떻게 전개되었는지를 도식화한 결과는 다음의 <그림 3>과 같다. 병원 간호사들은 직업적 경험이 축적되어 근속연수가 쌓일수록 친사회적 침묵, 방어적 침묵, 체념적 침묵의 순서로 조직침묵을 경험하고 인식하는데 특히 이 과정에서는 간호사 개개인이 속한 부서나 병동의 분위기와 자신의 리더인 수간호사의 영향으로 점차 중첩되어 전개되는 것을 확인할 수 있다.



<그림 3> 병원간호사의 조직침묵의 과정 분석

V. 결론 및 논의

1. 병원 간호사 조직침묵의 구성

본 연구는 병원 조직의 간호사 성원을 대상으로 하여 병원의 업무 환경에서 간호사들로 하여금 어떻게 침묵을 인식하고 침묵 행위를 선택하게 하는지를 질적 연구방법을 통하여 자료를 수집하여 핵심 구성 범주 및 맥락을 확인하고자 하였다. 무엇보다 병원 조직에서의 간호사들이 인식하고 있는 조직침묵이란 무엇인지를 규명하고자 하였으며, 이러한 침묵을 구성하는 요소들과 속성을 좀 더 입체적으로 밝히기 위해서 근거 이론적 방법론을 적용하여 조직 내에서의 구성원의 과업 수행의 구조와 절차, 구성원들 간 관계에 좀 더 주목하고자 하였다.

본 연구 결과, 병원 조직의 간호사들이 인식하는 침묵은 “조직의 구성원으로서 인정받고 싶은 마음과 집단의 암묵적 분위기에 동조하고자 하는 의도에서 선택”하는 침묵과 “병원의 위계적 구조와 문화로부터 형성된 침묵 분위기와 원활하지 못한 의사소통 과정으로 인해 발생된 갈등 및 부당한 책임 상황에 대응하여 자신을 보호하기 위한 능동적 방어 전략”으로서의 침묵, 마지막으로 “관계와 소통의 어려움 속에서 말해봐야 소용없는 현실의 한계를 느끼고 조직에 대한 실망과 냉소로 인해 선택할 수밖에 없는 체념적 선택”의 과정이 중첩되면서 공존하여 나타나는 것으로 파악되었다. 이러한 침묵의 인식은, 병원 간호사로 하여금 간호 업무를 수행하면서 여러 가지 사안에서 드러나고 있는 것으로 확인되었으며, 병원 조직의 결과적인 측면에서 봤을 때 환자의 치료와 안전에 잠재적 혹은 실질적으로 위해를 가할 수 있는 내용들과 간호

사 집단 내부에서 발생하는 관계의 문제 등 간호사의 조직 생활의 질과 만족도, 태도를 결정지을 수 있는 내용들로 구분할 수 있었다. 이러한 조직 침묵은 자기 자신의 직접적인 경험뿐만 아니라 집단의 분위기 및 동료나 선후배의 간접적인 경험을 통해서 인식되기도 하였으며 이에 동조하려는 경향이 침묵 분위기의 인식과 침묵의 선택이라는 결과로 이어지게 되는 것으로 파악되었다. 따라서 향후 연구에서는 본 연구의 결과를 바탕으로, 조직침묵이 조직에 미칠 수 있는 결과의 내용과 정도(severity)에 따라서, 예를 들어 ‘의료의 질’이나 ‘환자 안전’ 등과 같이 조직침묵의 구체적인 상황적 범위를 제한함으로써(Van Dyne et al., 2003) 병원 조직에서의 조직 침묵을 보다 정확하게 적용하는 것이 침묵으로 인해 발생하는 결과를 보다 폭넓게 이해하는데 도움이 될 것으로 기대된다.

2. 병원 간호사 조직침묵의 맥락

연구 참여자들은 자신이 직접적으로 상사 또는 선후배 동료와의 의견 불일치, 갈등을 통하여 직접적으로 불이익이나 손해를 봤던 경험이 ‘직접적인 계기’가 되어 침묵 행위를 선택하기도 하였지만, 많은 경우 선배나 동료 간호사가 발언으로 인해 불이익을 당하는 모습을 보고 ‘간접적으로 위험을 인식’함으로써 발언에 대해 소극적인 태도를 갖게 되기도 한다. 이러한 침묵에의 동조(conformity)는 조직의 위계적인 구조에서 비롯되는 자기 검열(self-censorship)과 침묵을 당연시 하는 분위기에 익숙해져서(Detert & Edmondson, 2011; Morrison & Milliken, 2000) 이러한 침묵 행위에 암묵적으로 동조하게 되는 것이다. 보다 구체적으로 병원 간호사의 조직침묵의 맥락을 다음과 같이 논의해볼 수 있다.

1) 위계적인 구조와 문화에서 비롯되는 조직침묵

병원의 위계적인 구조와 문화적 특성에 비추어 봤을 때, 간호사들이 인식하는 침묵 경험은 이러한 병원 조직 및 직종 문화가 반영된 침묵이라고 할 수 있다. 즉 위계적인 문화로부터 주눅든(diffident) 관계에서 비롯되는 방어적이고 체념적이 침묵에 대해 인식하고 있음을 확인할 수 있었다. 일반적으로 조직의 관리자들과 종업원들은 근본적으로 이기적이고(self-interested) 관리자들과 그들 스스로 경영에 대해서 가장 잘 알고 있다고 믿는 경향이 있다. 그리고 종업원과 관리자 간 의견의 불일치는 바람직하지 않은 것으로 믿을수록 그 조직은 위계적이고 중앙집중적인 구조를 갖게 된다(Morrison & Milliken, 2000). 의사결정 과정에서 종업원들을 배제시키는 것은 곧 그들의 의견이 반영할 만한 가치가 없다고 믿거나, 그들로부터의 부정적인 피드백이나 반대를 듣고 싶지 않은 관리자들과의 신념으로부터 비롯된 것이다. 위계적인 구조 하에서 형성되는 주눅든 관계에서 비롯되는 침묵행위의 선택은 구성원 개인이 자신이 처해 있는 상황에 대해 불확실성을 가지고 있기 때문에 나타나는 것이다(Brinsfield, 2013). 연구 결과를 통해 볼 수 있듯이, 조직의 의사결정 과정이 중앙 집중적일수록, 그리고 공식적인 상향적 피드백 메커니즘이 결여되어 있을수록 간호사들은 더더욱 침묵할 수밖에 없는 구조에 놓이게 된다. 따라서 쉽게 침묵 행위를 선택할 수 있는 이러한 위계적이고 중앙 집중적인 구조와 문화를 개선하려는 노력이 필요하다.

이러한 조직 내 과업 또는 업무 환경은 직업이 갖는 노동의 직무 특성이 반영되어 나타나는 것으로, 병원 조직은 중앙집권적이고 위계적인 구조를 가지고 있으며(Nembhard & Edmondson, 2006), 간호사의 업무 환경은 지나치게 과업 중심적이다. 복잡한 의사결정으로부터 자신에게 지지적이지 못한 환

경은 행위 주체로 하여금 감정적 부담을 가중시키고 심리적 안전감을 위협받게 된다(Edmondson, 2004). 따라서 일선 간호사들은 심리적 안점감의 위협을 느끼고 이로부터 자신을 보호하기 위한 대응 전략으로서 침묵을 선택하는 것으로도 해석할 수 있다. 이러한 직무 특성을 좀 더 강화시키는 조직의 구조적 문화적 맥락 요인들에 대해서 그간 병원 조직 관리자들이 간과해온 것이 사실이다. 따라서 병원 조직의 간호사의 침묵은 직무 특성을 반영한 ‘상황적 침묵’뿐만 아니라 병원의 구조와 이러한 구조를 정당화하기 위한 의사소통과 같은 문화적 요인들이 반영된 ‘구조적 침묵’에 대한 이해와 이를 극복할 수 있는 시스템적 개선이 뒤따라야 할 것이다.

2) 간호 인력의 문제와 조직침묵

간호 인력의 문제를 조직침묵과 연결지어 보면, 본 연구의 결과에서도 확인할 수 있듯이, 현재 병원 간호 인력의 부족현상은 병원 간호사의 조직침묵의 원인이자 동시에 결과임을 알 수 있다. 연구에 참여한 많은 간호사들은 부족한 인력 탓에 초과 근무는 물론 “말할 틈도 없이” 바쁜 업무 환경이 결국 간호사로 하여금 침묵을 선택할 수밖에 없는 물리적 조건이 되고 있음을 보여 주고 있다. 동시에 이와 같은 만성적인 병원 간호 인력의 부족 현상은 일선의 간호사들로 하여금 이미 이에 대해 “말해봐야 소용없고 달라지지 않는 현실”임을 직시하고 체념하게 만드는 결과를 보여주고 있다.

보건의료 인력의 부족은 효과적인 보건의료시스템을 구축하는데 있어 가장 큰 장애물 중의 하나로 제기되는 문제이다(Buchan & Aiken, 2008). 그러나 지금의 간호사 부족의 문제 해결을 단순히 간호교육시설의 확충과 간호사 면허를 가진 인력의 증원이라는 “전통적”인 방식만을 고집하기 보다는, 현재 병

원 간호사들이 처해 있는 직업적 조건이나 근무 여건 등 간호사들이 병원에서 계속해서 기꺼이 일하고자 하는 그들의 동기(motivation)에도 초점을 두어 접근해야 문제를 해결할 수 있음을 볼 때(이태화 등, 2014), 병원 간호사들이 속한 병원의 업무 환경과 의사소통의 구조, 그리고 업무 과정에서 드러나는 병원 간호사들의 침묵을 이들의 관리자에 대한 동의 또는 합의로 간과하는 오류를 범해서는 안 될 것이다(유명순, 2009).

3) 무력한 사회적 관계와 의사소통에서 비롯되는 조직침묵

병동이라는 조직 내 소집단의 특성 상, 그리고 교대근무의 직무 속성 상 의료인력 간 긴밀한 의사소통과 협력을 필수적인 조건이다. 그러나 지금의 의사소통의 방식은 평간호사 성원들을 중심의 의사소통으로부터 주변부화시키는 구조라고 할 수 있다. 권력 구조에 따른 소통이 이루어지고 있어 이들의 임파워먼트(empowerment)가 형성되지 않고 있다. 따라서 의사소통이 체계적으로 이루어지기 보다는 “끼리끼리 소통하기”, “은근슬쩍 내비치기” 식의 간헐적이고 비체계적인 소통이 이루어지고 있음을 확인할 수 있다.

특히 병원조직 내에서의 의사-간호사 간 관계는 단순한 업무적 관계를 넘어서 직업의 사회적 위치로부터 파생되는 권력적 상하 관계를 형성하고 있다(조병희, 2006). 그러나 환자의 치료와 간호가 이루어지는 현장에서의 정확하고 적절한 수준의 정보가 효율적으로 전달되고 피드백될 수 있는 의사소통 체계의 마련되어야 실질적인 의료의 질 개선 및 환자 안전을 기대할 수 있을 것이다. 이를 위해서는 공적인 의사소통 체계에 대한 정비는 물론 치료 절차와 계획에 관한 적절한 정보가 공유되어야 할 것이다.

4) 중간관리자의 리더십과 조직침묵

본 연구를 통해서도 병동이라는 단위 조직에서의 간호사들의 침묵의 선택 여부에는 단위 조직의 관리자인 수간호사의 역할이 매우 중요하게 작용하고 있음을 확인할 수 있었다. 이는 중간 관리자를 통해서 조직 지원 인식(Perceived Org. Support: POS)을 파악하고 이는 곧 조직에 대한 몰입으로 이어질 수 있다는 것을 의미한다(Eisenberger et al., 1986; 2001). 따라서 기존의 권위적이고 폐쇄적인 중간 관리자의 리더십에서 보다 개방적이고 지지적인 리더십으로의 전환이 요구된다. 또한 중간관리자와 일반 간호사 간 이루어지는 상향적 의사소통 시스템에서 일방향적이 아닌 쌍방향적이며 피드백의 중요성을 인식해야 할 것이다.

2. 연구의 한계와 향후 과제

본 연구는 다음과 같은 한계를 갖는다. 우선, 본 연구는 병원 간호사만을 대상으로 하였기 때문에 다양한 직종으로 구성된 병원 조직 전체의 일반적인 조직침묵 현상을 설명하는데 한계가 있다. 간호사라는 직종이 병원 조직에서 일차적으로 환자 서비스를 담당하는 역할을 맡고 있기 때문에 환자의 치료 결과에 따른 병원 조직의 결과에 매우 중대한 영향을 미치는 것은 불변의 사실이나 이를 병원 조직 구성원 전체의 조직침묵으로 이해하는 데는 한계가 있다. 간호사 외 타 직종들, 예를 들어 의사직과 같이 대표적인 의료 전문직의 조직 침묵은 간호사 직종과는 다른 차원과 속성, 그리고 맥락을 가지고 인식되고 경험되어질 수 있기 때문이다. 따라서 병원 조직 전체의 조직 침묵을 이해하기 위해서는 향후 연구에서 병원 전 직종별로 이들의 조직침묵을 탐색하고 측정하는 연구가 수행되어야 할 것이다. 또한 우리나라 전 지역의 모든

종별 병원 조직의 간호사를 포함하고 있지 못하고 있는 것 역시 본 연구가 갖는 한계라고 할 수 있다. 향후 연구에서는 보다 다양한 병원조직의 간호사를 대상으로 조직침묵 연구를 수행한다면 우리나라 병원 간호사의 조직침묵 현상에 관한 이해를 넓히는데 크게 기여할 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

Argyris, C. (1977). Organizational learning and management information systems. *Accounting, Organizations and Society*, 2(2), 113-123.

Argyris, C., & Schön, D. A. (1978). Organizational learning: A theory of action perspective (Vol. 173). Reading, MA: Addison-Wesley.

Aylsworth, J. (2008). Change in the workplace: Organizational silence can be dangerous. *Organizational Physiology Examiner*. Retrieved May, 26, 2013.

Baker, D. P., Day, R., & Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health services research*, 41(4p2), 1576-1598.

Bagheri, G., Zarei, R., & Aeen, M. N. (2012). Organizational silence (basic concepts and its development factors). *Ideal Type of management*, 1(1), 47-58.

Bies, R. J. (2009). Sounds of silence: Identifying new motives. *Voice and silence in organizations*, 175-202.

Bowen, F., & Blackmon, K. (2003). Spirals of silence: The dynamic effects of diversity on organizational voice. *Journal of management Studies*, 40(6), 1393-1417.

Brinsfield, Chad. T. (2009). Employee silence: Investigation of dimensionality, development of measures, and examination of related factors (Doctoral dissertation, The Ohio State University).

Brinsfield, Chad T. (2013) "Employee silence motives: investigation of dimensionality and development of measures." *Journal of Organizational Behavior* 34, no. 5 : 671-697.

Brinsfield, Chad T. (2014). Employee voice and silence in organizational behavior. *Handbook of Research on Employee Voice*, edited by Adrian

Wilkinson, Jimmy Donaghey, Tony Dundon, & Richard Freeman, 114-31.

Buchan, J., & Aiken, L. (2008). Solving nursing shortages: a common priority. *Journal of clinical nursing*, 17(24), 3262-3268.

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative research*. Sage Publications Ltd, London.

Coffey, A., & Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data: complementary research strategies*. Sage Publications, Inc.

Cotton, J. L., Vollrath, D. A., Froggatt, K. L., Lengnick-Hall, M. L., & Jennings, K. R. (1988). Employee participation: Diverse forms and different outcomes. *Academy of Management review*, 13(1), 8-22.

Creswell, John W. (2007) 질적 연구방법론: 다섯 가지 접근. 학지사

Detert, J. R., & Treviño, L. K. (2010). Speaking up to higher-ups: How supervisors and skip-level leaders influence employee voice. *Organization Science*, 21(1), 249-270.

Dyne, Linn Van, Soon Ang, & Isabel C. Botero. (2003) "Conceptualizing Employee Silence and Employee Voice as Multidimensional Constructs." *Journal of Management Studies* 40, no. 6 : 1359-1392.

Edmondson, A. C. (2004). Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. *Quality and safety in Health Care*, 13(suppl 2), ii3-ii9.

Edmondson, A. C. (2011). Strategies for learning from failure. *Harvard business review*, 89(4), 48-55.

Edwards, M. S., & Greenberg, J. (2009). Sounding off on voice and silence. In J. Greenberg, & M. S. Edwards (Eds.), *Voice and silence in organizations*, 275-292. Bingley: Emerald Group

Eriguc, Gulsun, Ozlem Ozer, Ilkay Sevinc Turac, & Cuma Songur. (2014) "Organizational Silence among Nurses: A Study of Structural Equation Modeling." *International Journal of Business, Humanities and Technology* Vol. 4, No. 1: 150-162.

ERİĞÜÇ, G., ÖZER, Ö., TURAÇ, İ. S., & SONGÜR, C. (2014). The Causes and Effects of the Organizational Silence: On Which Issues the Nurses Remain Silent?. *Int. Journal of Management Economics and Business*, Vol 10 No.22, 131-153.

Garon, M. (2012). Speaking up, being heard: registered nurses' perceptions of workplace communication. *Journal of nursing management*, 20(3), 361-371.

Glaser, B. S., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. London: Weidenfeld and Nicolson.

Heath, J., Johanson, W., & Blake, N. (2004). Healthy work environments: a validation of the literature. *Journal of Nursing Administration*, 34(11), 524-530.

Henriksen, Kerm, & Elizabeth Dayton. (2006) "Organizational silence and hidden threats to patient safety." *Health services research* 41, no. 4p2 : 1539-1554.

Hirschmann, A. O. (1970). Exit, voice and loyalty. *Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge.

Kish-Gephart, J. J., Detert, J. R., Treviño, L. K., & Edmondson, A. C. (2009). Silenced by fear:: The nature, sources, and consequences of fear at work. *Research in organizational behavior*, 29, 163-193.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human:: building a Safer Health System* (Vol. 6). National Academies Press.

Maxfield, D. (2005). *Silence kills: The seven crucial conversations for*

healthcare. VitalSmarts.

Maxfield, D., Grenny, J., Lavandero, R., & Groah, L. (2011). The silent treatment: Why safety tools and checklists aren't enough. *Patient Safety & Quality Healthcare*.

Milliken, Frances J., Elizabeth W. Morrison, & Patricia F. Hewlin. (2003) "An Exploratory Study of Employee Silence: Issues that Employees Don't Communicate Upward and Why." *Journal of management studies* 40, no. 6: 1453-1476.

Milliken, Frances J., & Elizabeth Wolfe Morrison. (2003) "Shades of silence: Emerging themes and future directions for research on silence in organizations." *Journal of Management Studies* 40, no. 6 : 1563-1568.

Morrison, Elizabeth Wolfe, & Frances J. Milliken. (2003) "Speaking up, remaining silent: The dynamics of voice and silence in organizations." *Journal of Management Studies* 40, no. 6 : 1353-1358.

Morrison, Elizabeth Wolef, and Frances J. Milliken. (2000) "Organizational silence: A barrier to change and development in a pluralistic world." *Academy of Management Review* 25, no. 4 : 706-725.

Morrison, E. W. (2011). Employee voice behavior: Integration and directions for future research. *The Academy of Management Annals*, 5(1), 373-412.

Morrison, Elizabeth W. (2014) "Employee Voice and Silence." *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.* 1, no. 1 : 173-197.

Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2006). Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 941-966.

Nikolaou, I., Vakola, M., & Bourantas, D. (2011). The role of silence on employees' attitudes "the day after" a merger. *Personnel Review*, 40(6),

723-741.

Parker, L. E., & August, D. (1997). Silent Dissenters: A Model for Exploring the Sources and Consequences of Principled Turnover. In *Academy of Management Proceedings*(Vol.1997, No.1, pp.71-75).Academy of Management.

Perlow, L., & Williams, S. (2003). Is silence killing your company?. *Ieee Engineering Management Review*, 31(4), 18-23.

Premeaux, S. F., & Bedeian, A. G. (2003). Breaking the silence: The moderating effects of self-monitoring in predicting speaking up in the workplace. *Journal of Management Studies*, 40(6), 1537-1562.

Pfeffer, Jeffrey. Power in organizations. Vol. 33. Marshfield, MA: Pitman, 1981.

Pinder, Craig C., & Karen P. Harlos. (2001) "Employee silence: quiescence and acquiescence as responses to perceived injustice." *Research in personnel and human resources management* 20 : 331-369.

Rhee, J., Dedahanov, A., & Lee, D. (2014). Relationships among power distance, collectivism, punishment, and acquiescent, defensive, or prosocial silence. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 42(5), 705-720.

Roberts, S. J. (1983). Oppressed group behavior: implications for nursing. *Advances in Nursing Science*, 5(4), 21-30.

Roberts, S. J., Demarco, R., & Griffin, M. (2009). The effect of oppressed group behaviours on the culture of the nursing workplace: a review of the evidence and interventions for change. *Journal of nursing management*, 17(3), 288-293.

Rousseau, D. M. (1988). "The construction of climate in organization research". In: Cooper, C. L. and Robertson, I. T. (Eds) *International Review*

of Industrial and Organizational Psychology, Vol. 3, Wiley, Chichester, pp. 139-159

Ryan, K., & Oestreich, D. K. (1991). Driving fear out of the workplace: How to overcome the invisible barriers to quality, productivity, and innovation. San Francisco: Jossey-Bass.

Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advances in nursing science*, 8(3), 27-37.

Tamuz, M. (2001). Learning Disabilities for Regulators The Perils of Organizational Learning in the Air Transportation Industry. *Administration & Society*, 33(3), 276-302.

Tangirala, Subrahmaniam, & Rangaraj Ramanujam. (2008) "Employee silence on critical work issues: The cross level effects of procedural justice climate." *Personnel Psychology* 61, no. 1 : 37-68.

Tucker, A. L., & Edmondson, A. C. (2003). Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California management review*, 45(2), 55-72.

Vakola, Maria & Dimitris Bouradas. (2005) "Antecedents and consequences of organizational silence: an empirical investigation." *Employee Relations* 27, no. 5 : 441-458.

Wang, Y. D., & Hsieh, H. H. (2013). Organizational ethical climate, perceived organizational support, and employee silence: A cross-level investigation. *Human Relations*, 66(6), 783-802.

West, J. P., Beh, L., & Sabharwal, M. (2013). Charting Ethics in Asia-Pacific HRM Does East Meet West, Ethically?. *Review of Public Personnel Administration*, 33(2), 185-204.

You, MS et al., "Organizational Silence and Cynicism Matter: Its implication of Hospital Innovation and Change" Korea Healthcare Congress(KHC) 2014

강제상 & 고대유. (2014) "공공조직 내 침묵현상이 이직의도에 미치는 영향에 대한 경험적 연구." 한국행정연구 23, no. 2 : 243-274.

강제상 & 고대유. (2014) "공공조직의 문화가 조직침묵에 미치는 영향: 해양경찰조직을 중심으로." 한국행정학보 48, no. 2 : 1-25.

강제상 & 고대유. (2013) "한국적 조직침묵 (organizational silence) 의 개념과 측정도구 검증." 한국행정학회 추계학술발표논문집 2013, no. 단일호: 1953-1973.

김정은, 강민아, 안경애, & 성영희. (2007) "환자안전과 관련된 병원문화와 의료과오 보고에 대한 간호사의 인식조사." 임상간호연구. Vol. 13. No. 3 : 169-179

박천오. (2015). 한국공무원의 침묵 사유와 침묵 이슈에 관한 인식. *한국인사행정학보*, 14, 25-50.

오석홍. (2014). 조직이론 제 8 판. 서울: 박영사.

유명순. (2009) "간호 연구와 조직 이론의 통합적 접근: 동향과 함의." 간호행정학회지 15, no. 3 : 346-354.

윤선영 & 권석균. (2015). 발언과 침묵. 인사조직연구, 23, 43-71.

이병진, 이광희, & 장은혜. (2014). 침묵분위기, LMX, 혁신행동의 관계에 대한 실증 연구. 산업경영시스템학회지, 37, 99-112.

이태화, 강경화, 고유경, 조성현, & 김은영. (2014). 국내외 간호사 인력정책의 현황과 과제. 간호행정학회지, 20(1), 106-116.

정현선, 하헌경, & 박동건. (2010) "조직 침묵이 이직의도에 미치는 영향: 조직 냉소주의를 통한 자기 효능감의 매개된 조절 효과." 한국심리학회지: 산업 및 조직 23, no. 1 : 89-104.

정현선, & 박동건. (2013). 종업원 침묵의 전염. 한국심리학회지: 산업 및 조직, 26(1), 73-101.

조병희. (2006). 질병과 의료의 사회학. 집문당.

부록. 연구 참여자 동의서 양식

IRB No. 1511/002-008

유효기간: 2016년 11월 12일

연구참여자유 설명서 및 동의서

연구 과제명 : 병원간호사의 조직침묵의 원인과 결과 연구

연구 책임자명 : 이 경 희 (서울대학교 보건대학원 박사과정)

이 연구는 병원간호사의 조직 침묵 현상의 원인과 결과를 심도있게 탐색하고자 연구 설계되었습니다. 귀하께서는 병원 간호사로서 병원 근무 현장에서의 근무 경험을 자유롭게 설명하고 의견을 제시함으로써 본 연구에서 탐색하고자 하는 조직 침묵의 원인과 동기, 침묵의 결과를 잘 설명해 주실 수 있다고 판단되어 본 연구에 참여하도록 권유 받았습니다. 이 연구를 수행하고, 인터뷰를 진행하는 서울대학교 보건대학원 소속의 박사과정 이경희 연구원이 귀하께 이 연구에 대해 설명해 드리겠습니다. 이 연구는 자발적으로 참여 의사를 밝히신 분에 한하여 수행 될 것이며, 귀하께서는 참여 의사를 결정하기 전에 본 연구가 왜 수행되는지 그리고 연구의 내용이 무엇과 관련 있는지 이해하는 것이 중요합니다. 다음 내용을 신중히 읽어보신 후 참여 의사를 밝혀 주시길 바라며, 필요하다면 가족이나 친구들과 의논해 보십시오. 만일 어떠한 질문이 있다면 담당 연구원이 자세하게 설명해 줄 것입니다.

1. 이 연구는 왜 실시합니까?

이 연구의 목적은 우리나라 병원 간호사가 병원에서 근무를 수행하면서 경험하는 조직침묵의 다양한 원인과 동기, 그리고 그 침묵행동으로 인한 결과를 이해하고 설명할 수 있는 다양한 요인들을 심도있게 탐색하고자 마련된 것입니다.

2. 얼마나 많은 사람이 참여합니까?

본 연구는 심층면접 방식으로 진행되는데, 자발적으로 인터뷰에 동의하신 25~30명 가량의 현직 병원간호사가 참여하실 예정입니다.

3. 만일 연구에 참여하면 어떤 과정이 진행됩니까?

귀하께서 심층면접에 동의하신다면, 다음과 같은 과정이 진행됩니다. 인터뷰 장소와 시간은 귀하께서 정하실 수 있으며, 귀하께서 원하는 시간과 장소에서 연구자와 만나

서 약 1시간 정도 인터뷰를 진행하게 됩니다. 연구자는 인터뷰를 통해 귀하께 평상시 병원에서 근무하시면서 느끼시는 병원 조직 내부의 문제에 대해서 침묵하거나 침묵을 결심하게 되는 경험, 그리고 그로인해 겪으신 여러 결과 등에 대해서 질문을 할 것입니다. 인터뷰가 진행되는 동안 귀하께서는 질문에 대한 본인의 생각을 자유롭게 말씀해 주시면 되고, 또한 연구와 연구자에게 궁금한 사항이 있는 경우 자유롭게 질문을 하실 수 있습니다. 귀하께서 동의를 해주신다면, 인터뷰 내용은 녹음이 될 것이며, 원하신다면 언제든지 인터뷰 녹음 내용 확인요청을 하실 수 있습니다.

4. 연구 참여 기간은 얼마나 됩니까?

심층면접은 약 1시간 정도 소요될 예정이지만, 인터뷰 시 보충질문 및 사실 확인 등으로 인해 시간이 약간 더 소요될 수도 있습니다.

5. 참여 도중 그만두어도 됩니까?

예, 귀하는 언제든지 어떠한 불이익 없이 참여 도중에 그만 둘 수 있습니다. 만일 귀하가 연구에 참여하는 것을 그만두고 싶다면 담당 연구원에게 즉시 말씀해 주십시오. 귀하의 포기 의사와 동시에 귀하께 대한 인터뷰 녹음 자료 등 관련 모든 내용은 파기되며, 연구 참여를 그만두는 데 있어 귀하께 그 어떠한 불이익도 없습니다.

6. 부작용이나 위험요소는 있습니까?

몇몇 질문들은 귀하께 좋지 않은 감정이나 스트레스를 유발할 수도 있습니다. 이런 경우, 귀하는 언제든지 인터뷰를 멈출 수 있습니다. 이 외에 연구 참여 도중 발생할 수 있는 부작용이나 위험요소에 대한 질문이 있으시다면 담당 연구원에게 즉시 문의해 주시기 바랍니다.

7. 이 연구에 참여시 참여자에게 이득이 있습니까?

귀하께서 제공하는 정보는 병원간호사의 조직침묵에 대한 진일보된 연구를 수행하는데 도움이 될 것이다.

8. 만일 이 연구에 참여하지 않는다면 불이익이 있습니까?

귀하는 본 연구에 참여하지 않을 자유가 있습니다. 또한, 귀하가 본 연구에 참여하지 않아도 귀하에게는 어떠한 불이익도 없습니다. 또 귀하는 언제든지 인터뷰 녹음 내용

의 확인이나 녹음 내용 파기 등을 요청하고, 연구 참여 의사를 철회하실 수 있습니다. 이 경우에도 귀하에게는 어떠한 불이익도 없습니다.

9. 연구에서 얻은 모든 개인 정보의 비밀은 보장됩니까?

개인정보관리책임자는 서울대학교의 이정희 연구원(연락처 010-3068-8150)입니다. 저희는 이 연구를 통해 얻은 모든 개인 정보의 비밀 보장을 위해 최선을 다할 것입니다. 이 연구에서 얻어진 개인 정보가 학회지나 학회에 공개 될 때 귀하의 이름과 다른 개인 정보는 사용되지 않을 것입니다. 더불어 본 인터뷰와 관련한 그 어떤 정보도 병원 관계자(관리자 및 노동조합 관계자 모두 포함)에게 공개되지 않고 철저히 비밀이 완전히 보장될 것을 약속드립니다. 그러나 만일 법이 요구하면 귀하의 개인정보는 제공될 수도 있습니다. 또한 모니터 요원, 점검 요원, 생명윤리심의위원회는 연구참여자의 개인 정보에 대한 비밀 보장을 침해하지 않고 관련규정이 정하는 범위 안에서 본 연구의 실시 절차와 자료의 신뢰성을 검증하기 위해 연구 결과를 직접 열람할 수 있습니다. 귀하가 본 동의서에 서명하는 것은, 이러한 사항에 대하여 사전에 알고 있었으며 이를 허용한다는 동의로 간주될 것입니다.

10. 이 연구에 참가하면 대가가 지급됩니까?

귀하께서 본 인터뷰에 참가하시면 본 연구로 인해 할애하신 시간과 노력에 대한 감사의 의미로 소정의 사례비(5만원)를 드릴 예정입니다.

11. 연구에 대한 문의는 어떻게 해야 됩니까?

본 연구에 대해 질문이 있거나 연구 중간에 문제가 생길 시 다음 연구 담당자에게 연락하십시오.

이름: 이 경 희 전화번호: 010-

만일 어느 때라도 연구참여자로서 귀하의 권리에 대한 질문이 있다면 다음의 서울대학교 생명윤리심의위원회에 연락하십시오.

서울대학교 생명윤리심의위원회 (SNUIRB) 전화번호: 02-880-5153

동 의 서

1. 나는 이 설명서를 읽었으며 담당 연구원과 이에 대하여 의논하였습니다.
2. 나는 위험과 이득에 관하여 들었으며 나의 질문에 만족할 만한 답변을 얻었습니다.
3. 나는 이 연구에 참여하는 것에 대하여 자발적으로 동의합니다.
4. 나는 이 연구에서 얻어진 나에 대한 정보를 현행 법률과 생명윤리심의위원회 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.
5. 나는 담당 연구자나 위임 받은 대리인이 연구를 진행하거나 결과 관리를 하는 경우와 보건 당국, 학교 당국 및 서울대학교 생명윤리심의위원회가 실태 조사를 하는 경우에는 비밀로 유지되는 나의 개인 신상 정보를 직접적으로 열람하는 것에 동의합니다.
6. 나는 언제라도 이 연구의 참여를 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해도 되지 않을 것이라는 것을 압니다.
7. 나의 서명은 이 동의서의 사본을 받았다는 것을 뜻하며 연구 참여가 끝날 때까지 사본을 보관하겠습니다.

연구참여자 성명	서명	날짜 (년/월/일)
동의서 받은 연구원 성명	서명	날짜 (년/월/일)
연구책임자 성명	서명	날짜 (년/월/일)

Abstract

Construction and Contextualization of Nurses' Organizational Silence in Hospitals

Kyunghee Yi

Department of Health Science and Environment
The Graduate School of Public Health, Seoul National University

Many hospitals in Korea have been pursuing organizational changes to meet the high expectations and demands of health service consumers. To be successful in these changes, the frontline staffs of the hospitals in particular, should express and share their ideas, complaints, concerns, or information related to their work with their managers and coworkers. Usually, however, they remain silent about their concerns. More recently, organizational silence is the term used to refer to the these collective-level phenomenon of doing or saying very little in response to work-related problems or issues facing and organizations. Moreover, there are little studies about organizational silence in healthcare organizations, although organizational silence in healthcare organizations can serve as threats to patient safety as well as workers' quality of organizational life.

The purpose of this study was to explore the constructions and the contextualization of hospital nurses' organizational silence. In a face-to-face in-depth interview study with 17 frontline staff nurses, I investigated issues, reasons, targets, and the context of their silence behaviors. 8 themes, 27 subthemes were derived from the

study results. The main theme of this study was “prosocial silence for wanted to be approved as a member of my group”, and “defensive silence to protect themselves from hierarchical structure and culture, and unfair responsibilities on them”, and “acquiescent silence originated from futile relationship, one-way communication systems, and unsupportive resource management system.” The more experienced as a nurse they are, the more perceived these three types of silence which can be appeared overlapped they choose. Therefore, based on this research, hospital managers should understand the context of nurses’ organizational silence and seek to lessen these silence behaviors.

Keywords: Organizational Silence, Construction & Contextualization,
Grounded Theoretical Approach, Hospital Nurses

Student Number: 2004-30780